

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- mémoire : " Pratiques d'éducation
thérapeutique du personnel soignant du district de Deido et facteurs
influençant son implémentation "**

Auteur : Mayo Minse, Lucesse

Promoteur(s) : 25211; 23715

Faculté : Faculté de Médecine

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

Année académique : 2023-2024

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/21462>

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.

PRATIQUES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU
PERSONNEL SOIGNANT DU DISTRICT DE DEIDO ET
FACTEURS INFLUENÇANT SON IMPLEMENTATION

Mémoire présenté par **MAYO MINSE Lucretse**

En vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en promotion de la santé

Année académique 2023 - 2024



Département des sciences de santé
publique

PRATIQUES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PERSONNEL
SOIGNANT DU DISTRICT DE DEIDO ET FACTEURS
INFLUENÇANT SON IMPLEMENTATION

Mémoire présenté par **MAYO MINSE Lucesse**

Promoteur : **PR. BENOIT PETRE**

Co-Promoteur : **Dr. MBONDJI EBONGUE PETER**

En vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en promotion de la santé

Année académique 2023 - 2024

REMERCIEMENTS

Ma sincère gratitude va à

Avant tout, le DIEU TOUT-PUISSANT, le Miséricordieux, le Compatissant avec qui tout a été possible

Mon superviseur : Professeur BENOIT PÉTRÉ, pour son exigence du travail bien fait, sa disponibilité constante malgré son agenda chargé et ses immenses et innombrables qualités. La clarté de ses enseignements et de sa pratique scientifique impose le respect et l'admiration.

Mon co-superviseur : Dr MBONDJI EBONGUE PETER ; qui a accepté de m'accompagner tout au long de la réalisation de ce travail

A madame Delphine KIRKOVE pour sa disponibilité constante, sa précision et sa recherche de la discipline académique et scientifique de ma part.

Au personnel enseignant et administratif de la faculté, pour le soucis permanent qu'ils ont d'assurer une bonne formation des étudiants et pour avoir installé en moi de nombreuses vertus. J'en suis fier aujourd'hui.

A mes parents, DJOUEGO Marceline, MINSE NGAH AWONO, NOTOUM Jacques, DIBACTO Carine, qui ont toujours mis tous les moyens nécessaires, qu'ils soient physiques, spirituels, financiers ou moraux pour que je suive efficacement cette formation. Les mots me manquent pour exprimer ma reconnaissance pour les efforts fournis et qu'ils soient richement bénis.

Je remercie tout particulièrement MENOWA Liliane et son époux SIEWE Alexis, KENGNE Ines et son époux NZEUGANG Cédric, EPEY Félicité, ASSOGMO Morin, MABOU Hadassa, YODGEA Corine, Youness, Elise et Cynthia pour l'hébergement, le soutien et les conseils avisés qu'ils m'ont prodigués.

A ma fille MOKAM MINSE NGALE Ines Ingrid pour l'amour et la force qu'elle me donne.

A mes frères et sœurs et à tous ceux que je n'ai pas cités, qui ont toujours cru en moi et continuent de me soutenir et de m'encourager. Cela me permet de réaffirmer l'amour que je leur porte et de leur rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité.

Table des matières

REMERCIEMENTS	1
LISTE DES ABREVIATIONS	4
RESUME	5
SUMMARY	6
PREAMBULE	7
I. INTRODUCTION	8
I.1. LE CONTEXTE DE SANTE PUBLIQUE	8
I.2. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DANS LE PARCOURS DES SOINS	9
I.3 LA SITUATION DU PROBLEME	10
I.4. SITUATION DU CAMEROUN	12
I.5. ANGLE PROBLEMATIQUE :	13
I.6. MODELE D'ANALYSE	14
I.6.1 Question de recherche :	14
I.6.2 Objectif général :	14
I.6.3 Objectifs spécifiques :	14
II. MATERIEL ET METHODE :	16
II.1. DESIGN DE L'ETUDE :	16
II.2. LIEU ET PERIODE DE L'ETUDE	16
II.3. POPULATION ETUDIEE, METHODE D'ECHANTILLONNAGE :	17
II.4. OUTIL ET ORGANISATION DE LA COLLECTE DES DONNEES	18
II.5. TRAITEMENT DES DONNEES ET METHODES D'ANALYSE	19
II.6. CONSIDERATIONS ETHIQUES	19
III. RESULTATS	20
III.1. PRATIQUES ACTUELLES D'ETP	21
III.1.1 Difficulté à définir l'ETP	21
III.1.2. Absence d'un véritable diagnostic éducatif	21
III.1.3. Définition d'objectif surtout cliniques et réservé aux médecins	23
III.1.4. Planification et mise en œuvre très limitées	25
III.1.5. Réalisation d'une évaluation éducative conditionnée par le résultat clinique	28

III.2. VISION IDEALE DE L'ETP RAPPORTEE PAR LES SOIGNANTS INTERROGES	29
III.3. LES FACTEURS ADJUVANT ET INHIBITEURS DE LA PRISE EN CHARGE EDUCATIVE	30
IV. DISCUSSION	35
V. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	40
V.1. FORCES	40
V.2. LIMITES	40
V.3. PERSPECTIVES.....	40
VI. CONCLUSION.....	42
VII. BIBLIOGRAPHIE :	43
ANNEXES.....	I
ANNEXE A :	I
ANNEXE B : CLEARANCE ETHIQUE UNIVERSITE DE LIEGE	V
ANNEXE C : AUTORISATION COMITE D'ETHIQUE LITTORAL.....	VI
ANNEXE D : AUTORISATION DELEGATION REGIONAL DE LA SANTE DU LITTORAL.....	VIII
ANNEXE E : AUTORISATION DIRECTEURS FORMATIONS SANITAIRES	IX
ANNEXE F : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT.....	XIV
ANNEXE G: BUDGET PREVISIONNEL	XIX
ANNEXE H : CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE	XX
 Table des figures	
Figure 1: Model le bourgeois	15
 Table des tableaux	
Tableau 1: Planification du travail	17

Liste des abréviations

ETP : Education thérapeutique des patients

PS : Personnel soignant

FOSA : Formation sanitaire

APS : Accompagnateur psychosocial

OMS : Organisation mondiale de la santé

TDF: Theoretical domain framework

HAS : Haute autorité de santé de France

Résumé

Contexte : Au fil des années et avec l'évolution de la médecine, les maladies chroniques ont vu leur prévalence devenir de plus en plus importante, tant dans les pays occidentaux qu'en Afrique. L'éducation thérapeutique des patients (ETP) c'est avéré être efficace dans la gestion de ces pathologies, aussi bien du point de vue clinique que dans la réduction du budget de soins d'hospitalisation de longue durée et donc dans la réduction des dépenses de santé publique. Le clinicien, plus précisément celui des soins primaires, étant la première ligne de contact, est le mieux placé pour une éducation thérapeutique, car dispose de connaissances suffisantes sur la maladie et donnera lieu à un dialogue et à des enseignements plus individualisés surtout en Afrique. Il est donc important que ces derniers incluent l'ETP dans le parcours de soins de leurs patients et que ceci réponde à certaines exigences.

Objectif : cette étude avait pour but d'explorer et comprendre les pratiques d'éducation thérapeutique du personnel soignant du district de Deido.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative, de type phénoménologique, portant sur les médecins et infirmiers de 4 formations sanitaires du district de Deido, Douala-Cameroun. L'échantillonnage a été fait par convenance et par choix raisonné. Les données ont été collectées via des entretiens réalisés à l'aide d'un guide d'entretien préconçu sur base du model TDF et des recommandations de bonnes pratiques de la HAS et de l'OMS. Les entretiens ont ensuite été retranscrits, puis analysés et les codes seront créés.

Résultats : 20 entretiens ont été réalisés, dont un focus groupe constitué de 4 infirmiers. Cette enquête indique que pour la plupart des soignants, l'éducation thérapeutique des patients (ETP) tourne fondamentalement autour de la diffusion d'informations et de conseils. Ce phénomène se reflète évidemment dans leurs pratiques, qui continuent de se caractériser par l'absence de stratégies pédagogiques et une focalisation intense sur un paradigme de soins curatifs. En outre, il révèle que ces soignants sont confrontés à de nombreux défis, notamment une grave pénurie de ressources, des croyances profondément ancrées et l'influence globale des normes culturelles camerounaises.

Conclusion : Il est impératif que le PS possède une conceptualisation bien définie de l'ETP, qui peut être acquise grâce à un développement professionnel suffisant, une forme de formation recherchée par la majorité des participants.

Mots clés : éducation thérapeutique du patient, pratiques, personnel soignant

Summary

Background: Over the years, as medicine has evolved, chronic diseases have become increasingly prevalent, both in Western countries and in Africa. Therapeutic patient education (TPE) has proven to be an effective way of managing these pathologies, both from a clinical point of view and in terms of reducing the budget for long-term hospitalization and hence public health expenditure. As the first line of contact, the clinician, and more specifically the primary care physician, is best placed to provide therapeutic education, as he or she has sufficient knowledge of the disease to enable dialogue and more individualized teaching, especially in Africa. It is therefore important that they include TPE in their patients' care pathway, and that this meets certain requirements.

Objective: the aim of this study was to explore and understand the therapeutic education practices of health-care personnel in the Deido district.

Method: This was a qualitative, phenomenological study of doctors and nurses in 4 health facilities in the Deido district, Douala-Cameroon. Sampling was based on convenience and reasoned choice. Data were collected via interviews using a pre-designed interview guide based on the TDF model and HAS and WHO good practice recommendations. The interviews were then transcribed, analyzed and codes created.

Results: 20 interviews were conducted, including a focus group of 4 nurses. This survey indicates that for most caregivers, therapeutic patient education (TPE) revolves fundamentally around the dissemination of information and advice. This is obviously reflected in their practices, which continue to be characterized by a lack of pedagogical strategies and an intense focus on a curative care paradigm. In addition, it reveals that these caregivers face many challenges, including a severe shortage of resources, deeply held beliefs and the overall influence of Cameroonian cultural norms.

Conclusion: It is imperative that the SP has a well-defined conceptualization of TVE, which can be acquired through sufficient professional development, a form of training sought by most participants.

Key words: therapeutic patient education, practices, caring staff

Préambule

Les maladies chroniques constituent un défi de santé mondial majeur, étant à l'origine de plus de 60 % des décès dans le monde[1,2]. Ces affections sont principalement dues à des facteurs liés au mode de vie tels qu'une mauvaise alimentation, l'inactivité physique et le tabagisme, qui sont devenus courants en raison des changements sociétaux et des pratiques commercialisées[3,4]. Le fardeau des maladies chroniques est particulièrement élevé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où elles devraient représenter une part croissante de la morbidité et de la mortalité, souvent associées à la dénutrition[2,4]. Malgré la nature évitable de nombreuses maladies chroniques, l'investissement dans la prévention reste disproportionnellement faible par rapport au traitement[5]. L'impact économique est profond, les maladies chroniques devant coûter 47 billions de dollars dans le monde d'ici 2030[5]. Il est donc essentiel d'adopter une approche globale incluant à la fois la prévention et le traitement pour lutter efficacement contre la pandémie de maladies chroniques.

L'éducation thérapeutique des patients (ETP) est un aspect crucial de la prise en charge des patients atteints de diverses maladies chroniques, elle met l'accent sur la nécessité pour les patients de participer activement à la prise en charge de leur santé. L'ETP met l'accent sur les compétences d'autogestion et les approches centrées sur le patient, soulignant l'importance d'une relation de collaboration entre les patients et les soignants[6]. L'ETP aborde non seulement les dimensions médicales mais aussi psychologiques et sociales, à travers l'empowerment des patients[7].

Médecin généraliste d'origine camerounaise, j'y ai effectué de nombreux stages et travaillé pendant une année dans des hôpitaux publics. J'ai été confronté à de nombreux patients qui souffraient de maladies chroniques. Cependant, beaucoup souffraient de complications de ces pathologies car ils n'étaient pas formés à gérer leurs maladies au quotidien. J'ai donc fini par comprendre qu'il fallait partager notre pouvoir médical et impliquer le patient dans sa prise en charge.

Ceci m'a donc motivé à faire cette formation de santé publique. A cette époque je ne savais pas ce qu'était l'éducation thérapeutique des patients, mais une fois ces cours dispensés, j'ai réalisé que c'était pour ça que j'étais en santé publique et à quel point c'était important, non seulement pour le patient, mais aussi pour les soignants.

I. Introduction

I.1. Le contexte de santé publique

D'après les données de l'OMS publiées en 2019, les maladies chroniques, sont les principales causes de décès dans le monde, et ce depuis plusieurs décennies[8]. Cette prévalence tend à augmenter avec l'évolution de la médecine et donc, avec le vieillissement de la population et la multitude de pathologies chroniques qui l'accompagnent[9]. De plus, la majorité des patients ne suivent pas correctement leurs traitements car ne sont pas assistés dans la gestion de leurs traitements et manquent d'informations sur leurs maladies[10]. Ce qui les expose à plus de complications et fatalement, entraîne une augmentation des coûts de santé. Comme le souligne la littérature, la complexité des besoins des patients a augmenté, mais le financement et la capacité des services n'ont pas suivi le rythme, ce qui a entraîné une hausse des seuils d'acceptation des services et des sorties plus précoces[11]. De même, les systèmes de santé publique du monde entier sont soumis à des pressions pour optimiser les résultats sanitaires malgré les contraintes financières, ce qui nécessite des stratégies innovantes d'allocation des ressources[12].

Des études ont montré que les patients souhaitent être des acteurs de santé, les organisations de patients en Russie s'efforcent activement de faire entendre la voix et de répondre aux besoins des patients, en facilitant leur participation à la gouvernance de la santé et aux processus de prise de décisions[13]. En outre, une étude qualitative réalisée aux Pays-Bas a identifié les principaux motifs de la participation des citoyens non professionnels à la promotion de la santé, notamment le désir d'agir avec détermination et de se développer personnellement, ce qui suggère que les individus sont motivés à la fois par les avantages personnels et collectifs[14].

L'absence d'accompagnement éducationnel par le praticien entraîne une sollicitation plus accrue des réseaux sociaux[15]. L'éducation thérapeutique à travers internet et les réseaux sociaux est facilement accessible et est encouragée, dans certains cas par les jeunes médecins [16]. Cependant, il apparaît que le choix d'un site internet fiable n'est pas garanti et dépend fortement du niveau d'éducation du patient[17]. De plus, ces informations tiennent rarement compte des différents savoirs déjà acquis par les individus et restent trop générales. Or, pour qu'une information soit utilisée ou pousse au changement, elle doit être « *co-produite avec les personnes concernées et donc, tenir compte de leurs savoirs individuels et de leur environnement* »[18]. La difficulté face à l'obtention d'informations satisfaisantes en matière de

santé pour plus de la moitié des patients [19], a remis l'accent sur la place de l'éducation thérapeutique dans les soins de santé.

I .2. L'éducation thérapeutique dans le parcours des soins

En effet, l'un des principaux moyens d'action contre ces maladies chroniques est la lutte contre leurs facteurs de risque[20] tels que l'alimentation, le mode vie, l'environnement etc.. Un des moyens les plus efficaces pour combattre ces facteurs de risque est l'éducation thérapeutique du patient. L'éducation thérapeutique des patients, est défini comme « *un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins*»[21]. Elle va de la sensibilisation sur les facteurs de risque des différentes pathologies, à la conception de stratégies de gestion de ces facteurs de risque et des traitements. En plus d'être indispensable dans la prise en charge des maladies chroniques, elle est tout aussi efficace dans les affections aiguës[10]. Conférant ainsi aux patients, une meilleure autonomie face à leur maladie, et donc une meilleure qualité de vie.

L'éducation thérapeutique joue un rôle non négligeable dans la réduction du budget de soins d'hospitalisation de longue durée et donc dans la réduction des dépenses de santé publique[10]. Elle a prouvé son efficacité dans plusieurs pathologies, notamment dans l'asthme chez l'enfant, le diabète, l'amélioration de la fonction physique, la gestion de la douleur à court terme et même une amélioration de la qualité de vie chez les patients souffrant d'ostéoporose spinale[10,22–24]. Pour cette raison, l'OMS a mis sur pied un programme de formation en éducation thérapeutique du patient, afin de donner une référence aux soignants.

L'éducation thérapeutique est un processus multidisciplinaire et qui peut et est très souvent fait à l'aide de divers matériels éducatifs tel que les brochures, des vidéos, des dessins...mais nous devons noter que ces outils ne sont pas toujours lisibles et compréhensibles par tous les patients sans le concours des médecins, surtout quand la pathologie d'intérêt est complexe[25,26]. Une revue narrative de la littérature de 2015 a révélé que les meilleures stratégies d'éducation sont les éducations taillées spécifiquement pour un patient, les éducations facilement compréhensibles pour des patients avec une faible littératie en santé, adaptées à la culture, et qui aident le patient à naviguer dans son processus de soins[23,27]. Les méthodes d'éducation collectives doivent donc être associées à des méthodes individualistes tel que l'éducation par les cliniciens[23].

L'éducation thérapeutique de qualité (ETP) implique une approche structurée qui améliore les connaissances, les compétences et les capacités d'autogestion des patients. Le

processus comprend généralement plusieurs étapes clés : **L'évaluation des besoins/ diagnostic éducatif** : L'identification des problèmes de santé spécifiques et du contexte de la situation du patient est cruciale pour adapter le programme d'éducation[28]. **Conception du programme/définition des objectifs** : Élaboration d'un programme multidisciplinaire intégrant divers thèmes et méthodologies pédagogiques, en veillant à ce qu'il soit adaptable à la population de patients[28,29]. Ils sont négociés avec le patient afin de créer un programme personnalisé[30]. **Mise en œuvre** : Impliquer les patients par le biais d'entretiens motivationnels et de techniques cognitivo-comportementales pour faciliter le changement de comportement et améliorer l'observance thérapeutique[31]. **Évaluation** : Évaluation de l'efficacité du programme au moyen de résultats mesurables, tels que l'amélioration de la qualité de vie et la réduction des complications[31]. Il s'agit ici de faire le point avec le patient sur les compétences acquises et celles qu'il aimerait acquérir[30]. **Amélioration continue** : Utiliser les commentaires pour affiner le programme et éliminer les obstacles à l'engagement des patients[32]. Ces étapes visent collectivement à responsabiliser les patients, en leur permettant d'acquérir des compétences tels que : Compétences d'autosoins comportant des compétences dites de sécurité (Soulager les symptômes; Prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure; Adapter des doses de médicaments, Initier un auto-traitement; Réaliser des gestes techniques et des soins; etc) Compétences d'adaptation (Se connaître soi-même, avoir confiance en soi; Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress; Prendre des décisions et résoudre des problèmes; Se fixer des buts à atteindre et faire des choix; S'observer, s'évaluer, se renforcer; etc) [33].

I.3 La situation du problème

La plupart des cliniciens reconnaissent que l'éducation et le counseling (« *Forme d'intervention psychologique et sociale qui a pour but d'aider quelqu'un à surmonter les difficultés d'adaptation ou d'ordre psychologique qui l'empêchent de fonctionner adéquatement dans une situation donnée.* »[34]) des patients font partie de leur travail. Ils pensent que les groupes d'éducation sont une bonne stratégie, que de brefs counselings sur les changements de comportement peuvent facilement être intégrés à la consultation et que plus de personnels devraient être formés à éduquer les patients[35]. Cependant, à peine la moitié d'entre eux la trouve professionnellement gratifiante[36]. Certaines études européennes et Américaines ont montré que la majorité des médecins n'éduquent pas leurs patients à la santé, ils ne se sentent pas confiants dans la transmission des informations en dehors des consultations normales. Elles

ont également révélées que ces médecins privilégient les brochures (qui d'ailleurs ne sont pas toujours disponibles dans les pays en développement), et participent le moins aux formations en promotion de la santé et le plus souvent n'évaluent même pas la disposition des patients à changer de mode de vie[19,37–41].

Beaucoup de médecins ne discutent pas des tests avec leurs patients quand les résultats sont négatifs par exemple, et certains l'ont même qualifié de perte de temps[38]. Une étude menée dans 20 pays d'Europe révèle que près de la moitié des patients participant à cette étude n'ont jamais abordé la question de mode de vie avec leur médecin traitant[42]. Certains médecins justifient ce manque de pratique par une absence de formation coordonnée de promotion de la santé dans leurs structures[41]. D'autres par contre mettent en avant le manque d'intérêt de la part des patients[43]. Les barrières à l'éducation thérapeutique des patients les plus rapportées dans la littérature sont la charge de travail/manque de temps, le manque de confiance en soi de la part des médecins, le manque d'intérêt de la part des patients et de la direction, mauvaise adaptation culturelle des techniques d'ETP, bas niveau de littératie des patients, formation insuffisante dans ce domaine et le fait que ce service ne soit pas remboursé[39,40,43,44]. Il reste tout de même important de noter que les médecins qui avaient un style de vie contraire aux recommandations faites pour le patient avaient plus de difficultés à l'éduquer sur ce sujet[43]. Or le clinicien, plus précisément celui des soins primaires, étant la première ligne de contact, et donc en contact direct avec la population et son environnement, est le mieux placé pour une éducation thérapeutique, car dispose de connaissances suffisantes sur la maladie et donnera lieu à un dialogue et à des enseignements plus individualisés surtout en Afrique « où le pouvoir médical reste particulièrement fort »[45,46].

A ce jour, il n'existe que quelques études qui évaluent les connaissances, les pratiques et le ressenti des médecins vis-à-vis de l'éducation thérapeutique des patients, et ce quel que soit la région géographique. Et même si la littérature renferme beaucoup plus d'études sur les barrières à l'implémentation de l'éducation thérapeutique des patients, la plus part de ces études ont été réalisées en occident, il existe très peu de données concernant ces barrières en Afrique [39,40,42,43].

I.4. Situation du Cameroun

Le Cameroun est un pays de l'Afrique centrale, d'une superficie de 475 442 km²[47], contenant 28 millions d'habitants[48]. « *Le Cameroun est divisé en 10 régions administratives qui sont aussi 10 régions de santé. Ces 10 régions sont subdivisées en 189 districts de santé, eux-mêmes subdivisés en 5284 aires de santé* »[49]. Le secteur public de la santé est divisé en 3 niveaux [49–51]:

- Le niveau central : constitué du ministère de la santé et de ses 5 directions, ainsi que les hôpitaux généraux et centraux. Ce niveau est chargé d'établir les politiques et stratégies sanitaires et de les coordonner.
- Le niveau intermédiaire : constitué de la délégation régionale de la santé publique et les hôpitaux régionaux. Ce niveau constitue un appui technique aux districts.
- Le niveau périphérique : représente les districts de santé et d'aires de santé, ainsi que des Hôpitaux de districts, centres médicaux d'arrondissement et centres de santé intégré. Ce niveau est chargé de la mise en œuvre des programmes de santé.

Au Cameroun, la majeure partie (70,6%) les dépenses liées à la santé sont couvertes par les ménages, et seulement 14,6% par le gouvernement[51,52]. En 2019, 40% de la population a consulté pour cause de maladie[53]. Un peu plus de 10000 médecins sont enregistrés à l'ordre national des médecins du Cameroun à ce jour[54]. La majorité des consultations qui ont lieu dans la ville de Douala se déroulent dans les formations sanitaires privées laïques, excepté dans les districts de Deido et Nylon qui comptent respectivement 59% et 58% de leurs consultations dans les structures publiques[53].

Même s'il existe encore une grande incidence de décès par maladies transmissibles en Afrique, principalement au Cameroun, la prévalence des maladies non transmissibles est de plus en plus importante (de 16,800DALYS/100000hab en 2010 à 17,100DALYS/100000hab en 2013) [8,51,55]. Le Cameroun étant un pays avec un grand manque de ressources à la fois financières, matérielles et humaines, principalement dans le domaine médical, il doit miser dans la prévention et inciter le patient à participer à ses soins[51], qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire. Ce qui au long terme, permettra de réduire l'incidence et la prévalence de maladies et des complications qui nécessiteront des ressources dont le pays ne dispose pas. L'éducation thérapeutique permettrait d'optimiser cette prévention en encapacitant le patient pour agir sur ses facteurs de risque et autogérer ses maladies et ses traitements, même dans

des pathologies aiguës. Bien que les informations soient rares au Cameroun, nous constatons néanmoins que, l'éducation thérapeutique du patient semble y être encore très peu présente dans la pratique médicale et quand pratiquée sur le terrain, elle se limite en général à certaines maladies[45,56] et reste très médico-centrée [57], et les causes de cette situation sont peu connues.

I.5. Angle problématique :

Etant donné le manque d'informations concernant les pratiques d'ETP en Afrique, le ressenti du personnel soignant face à cette dernière ainsi que les barrières à l'implémentation de celle-ci, il semblait judicieux d'orienter cette étude vers une exploration des pratiques du personnel soignant vis-à-vis de l'ETP au Cameroun, ainsi que des facteurs influençant leur implémentation, surtout sachant qu'au Cameroun, l'éducation thérapeutique ne fait pas partie du programme de formation des médecins[58]. C'est dans la même lancée qu'une étude réalisée en Ecosse en 2018 a évalué les pratiques d'éducation thérapeutique des podiatres dans le cadre de la neuroarthropathie de Charcot[59]. Cependant, cette dernière n'évalue pas la qualité de l'ETP en soi comme prévu dans la présente étude, mais plutôt le timing (à quel stade de la maladie initier cette ETP) et l'utilisation de matériel visuel lors de l'éducation. D'autres études, toujours occidentales, quant à elles sont allées plus loin et ont évaluées l'impact des connaissances et attitudes des médecins en nutrition sur leurs pratiques d'éducation thérapeutique concernant la nutrition[60] ou l'impact des pratiques sur les connaissances et attitudes, puis l'impact de ces dernières sur leurs pratiques[61]. Néanmoins, dans la présente enquête, l'accent a été mis exclusivement sur les méthodologies employées par les soignants, étant entendu que l'absence d'une ETP officiellement reconnue et légiférée ne signifie pas que les professionnels de la santé n'ont pas pris d'initiatives. L'étendue de leur expertise dans ce domaine n'a pas fait l'objet d'une évaluation, pas plus que l'influence de ces connaissances sur leurs pratiques professionnelles.

Une autre étude réalisée en Belgique en 2015 a quant à elle explorée les pratiques du personnel soignant (équipe hospitalière et médecins généralistes) intervenant dans l'éducation des patients diabétiques et/ou obèses[62]. Cette recherche représente la comparaison la plus pertinente par rapport à notre enquête ; toutefois, il convient de noter que notre étude n'a pas spécifiquement accordé la priorité à une pathologie en particulier. L'ETP ici sera abordé de façon plus générale, comme faisant partie des soins de base prodigués à tout patient dont la

pathologie le nécessite, et donc susceptible d'être réalisé à chaque nouvelle consultation et par tout soignant.

I.6. Modèle d'analyse

I.6.1 Question de recherche :

Comment les professionnels de santé du district de Deïdo expérimentent-ils l'accompagnement éducatif des patients au Cameroun ?

I.6.2 Objectif général :

Explorer et comprendre les pratiques d'éducation thérapeutique du personnel soignant du district de Deïdo

I.6.3 Objectifs spécifiques :

1. Décrire les pratiques et perception du personnel soignant du district de Deïdo en matière d'éducation thérapeutique des patients.
2. Identifier les facteurs limitant et favorisant l'implémentation de l'éducation thérapeutique des patients par les cliniciens du district de Deïdo.

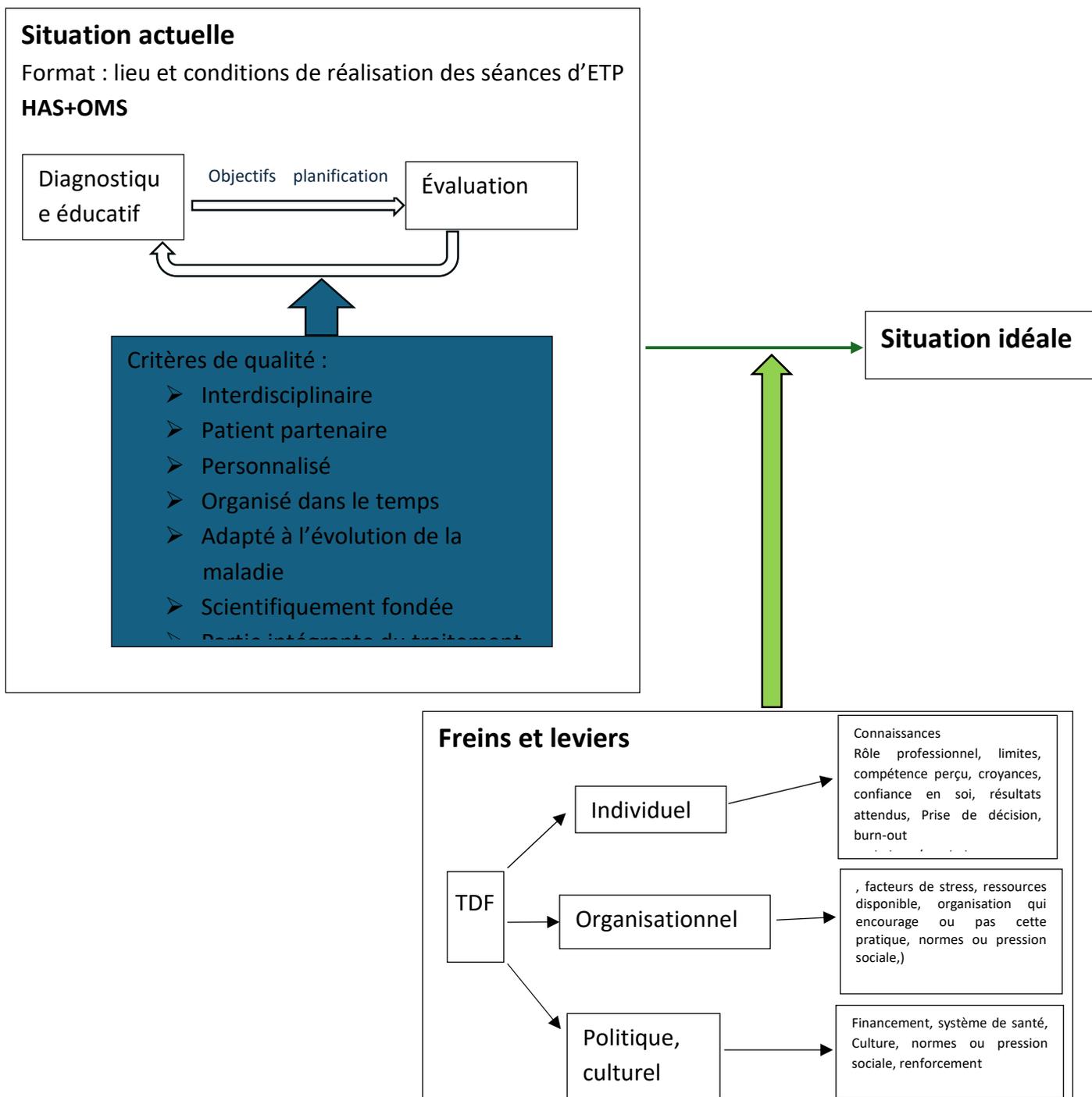


Figure 1: Model le bourgeois

II. Matériel et méthode :

II.1. Design de l'étude :

L'éducation thérapeutique est reconnue comme levier dans l'accompagnement des malades, en particulier des malades chroniques, que beaucoup de travaux ont déjà été réalisés mais très peu en Afrique. En particulier au Cameroun il manque d'informations sur ce qui se fait sur le terrain et donc introduire une étude qualitative qui souhaite partir de la réalité à laquelle sont confrontés les professionnels de santé pourrait répondre à cette préoccupation et même servir de base pour d'autres recherches. Cette étude était donc une étude qualitative à raisonnement inductif. Elle a ainsi permis d'appréhender la complexité de ces pratiques d'ETP, et donc de répondre de la façon la plus fidèle et complète possible à notre question de recherche tout en respectant le délai imparti. Cette étude était de type phénoménologique car permettra d'identifier les différents problèmes présents dans ce contexte social et la façon dont les participants y font face. Ce qui a donné une vue d'ensemble plus complète de la situation et une meilleure compréhension des pratiques du PS, dans le but d'enrichir les réflexions sur les besoins en matière de formation en éducation thérapeutique.

II.2. Lieu et période de l'étude

La collecte de données a eu lieu dans les formations sanitaires du district de Deido. Ce district est situé dans la ville de Douala, dans la région du Littoral, et est subdivisé en 12 aires de santé, qui au total renferment 9 formations sanitaires (FOSAs) publiques et 75 FOSAs privées[49]. Dans le cadre de cette étude, seules les structures publiques étaient sélectionnées (car réalisent plus de moitié des consultations de ce district, surtout sachant que les consultations en clinique privées ne sont accessibles qu'à la classe favorisée de la population)[52]. Ces FOSAs étaient au nombre de 4 : une de la catégorie sanitaire la plus élevée sur pyramide sanitaire du district (l'hôpital Laquintinie, hôpital de catégorie 2), une de la catégorie sanitaire la plus basse renfermant des médecins (CMA de Bepanda qui est une FOSA de catégorie 5) et deux de catégories intermédiaires (l'hôpital de district de Déido qui est une FOSA de catégorie 4 et l'hôpital militaire région 2 qui est une FOSA de catégorie 3).

L'étude s'est déroulée sur une période de 14 mois, de août 2023 à septembre 2024. Dont une collecte de donnée répartie sur 2 mois, de mars à avril 2024.

Tableau 1: Planification du travail

Mois/ activités	Aout 2023	Sept- oct 2023	Nov- embre 2023	Déc 2023- fev 2024	Mar s 2024	Avril 2024	Mai- juillet 2024	Aout- Septe mbre 2024
Soumission pré- protocole	■							
Soumission protocole, clearance éthique et autorisations		■	Chang ement sujet	■				
Collecte de données						■		
Analyse statistique et rédaction du mémoire							■	
Défense du mémoire								■

II.3. Population étudiée, méthode d'échantillonnage :

Personnel soignant (médecins et infirmiers) travaillant dans le district de Deido.

Critères d'inclusion :

- Être clinicien posté/employé dans une des 3 FOSAs sélectionnés du district de Deido,
- Être disponible pour un entretien de 30 min minimum entre février et mars,
- Maitriser le français ou l'anglais,
- Avoir un contact avec les patients
- Avoir signé le formulaire de consentement.

L'échantillonnage a été fait par convenance : les cliniciens qui répondront aux critères d'inclusion et qui seront de service le jour du passage dans leurs formation sanitaire seront physiquement invités à participer à l'étude.

Il a également été fait au jugé pour l'étude qualitative, dans le but de garantir une diversité des informations recueillies suivant les critères suivants : généraliste/spécialiste/infirmier.ère, homme/femme, catégories formations sanitaires.

Le recrutement s'est poursuivi jusqu'à saturation des données pour l'étude qualitative.

Afin de palier au biais d'échantillonnage, au moins de 2 passages ont été effectués par hôpital. En ce qui concerne le biais de désirabilité sociale, le chercheur a effectué des séances d'observation lors des consultations (au moins une par profession dans chaque FOSA), ce qui a apporter par la même occasion, plus de matière à notre travail.

Il n'était donc pas question ici de ne sélectionner que le personnel qualifié comme « éducatif » mais de se rapprocher le plus possible des réalités de terrain.

II.4. Outil et organisation de la collecte des données

Les données ont été collectées à l'aide d'un guide d'entretien qui servira de guide pour les entretiens semi-dirigés (annexe A). Il a été construit sur base du model TDF (« Theoretical Domains Framework » qui constitue une base théorique pour l'évaluation des problèmes d'implémentation aussi bien liés aux professionnels de la santé, qu'aux comportement de santé de des patients) et des recommandations de bonne pratique en ETP faites par la Haute Autorité Sanitaire française (HAS) [63]. Les questions avaient un vocabulaire adapté, pour se rapprocher au mieux des pratiques de la vie quotidienne des soignant, sachant que l'ETP de fait pas parti du programme de formation initial, laissant ainsi penser que le PS n'était pas familier au vocabulaire spécifique de l'ETP. Ce guide contenait également une partie socio-démographique renfermant : la profession, le genre, l'âge et la catégorie de la FOSA. Les deux premiers entretiens semi-structurés ont servi de pilote et ont orienté les modifications de guide d'entretien avant la poursuite des autres entrevues. Un magnétophone était également requis pour l'enregistrement du dit entretien dans le but de le retranscrire. La durée d'un entretien est estimée entre 30 minutes et 1h.

Après obtention des différentes autorisations administratives (clearance éthique, autorisation du délégué régional de la santé du Littoral, directeurs des hôpitaux), les participants ont été abordé à tour de rôle (dans les bureaux de consultation, durant les jours et horaires prévus pour recevoir les délégués médicaux, afin de ne pas nuire au flow des consultations) ou en groupe (en salle de repos). Le but, les bénéfices, les risques et la procédure de l'étude leurs ont été expliqués verbalement et un formulaire d'information leur sera remis. D'autre part, Un formulaire de consentement a été remis au personnel qui a accepté de

participer à l'étude. Une fois le formulaire d'information lu et celui du consentement signé, un rendez-vous ultérieur était pris pour récupérer ledit questionnaire et réaliser l'entretien.

II.5. Traitement des données et méthodes d'analyse

Le principe qui régissait le traitement des données était d'anonymiser l'ensemble des données dès que possible, avec pour objectif de disposer d'interviews strictement anonymes avant le début de la phase d'analyse des verbatims. Pour ce faire, chaque entretien a été retranscrit dans son entièreté et enregistré de façon anonyme, de manière à refléter exactement le discours des participants, mais sans que ceux-ci ne soient identifiables. Les enregistrements audios ont été détruits dès que les retranscriptions seront terminées, le promoteur/Co-promoteur s'est assuré de cela.

Tout d'abord, une lecture verticale de l'ensemble des retranscriptions a été effectuée, afin de s'imprégner parfaitement des données récoltées. Ensuite, une analyse horizontale sera menée, les entretiens ont été lus en profondeur, les codes ont été créés et des verbatims extraits et regroupés par code. Puis, des catégories d'analyse regroupant les codes de même sens ont été créées et des liens seront élaborés entre ces différentes catégories. Toutes ces analyses ont été réalisées suivant les thématiques émergentes des recommandations de pratiques d'ETP de la HAS (notamment : diagnostique éducatif, définition d'un programme personnalisé avec priorité d'apprentissage, planification et mise en œuvre les séances d'ETP collectives et évaluation), attitude/ressenti des professionnels, facteurs influençant l'ETP.

II.6. Considérations éthiques

Le protocole a fait l'objet d'une demande de révision éthique au comité hospitalo-facultaire de l'Université de Liège (annexe B) et du comité régional du littoral (annexe C). Une autorisation a été obtenue du délégué régional de la santé du Littoral (Annexe D). Une autorisation verbale/écrite a été obtenue du directeur de chaque formation sanitaire (Annexe E) et un consentement éclairé a été obtenu de chaque participant (Annexe F) avant la réalisation de l'étude. La confidentialité des informations a été assurée par l'attribution d'un numéro d'identification (réservé aux enquêteurs) à chaque participant. Les informations tirées de cette étude ont été utilisées uniquement à des fins de recherche et non à des fins de stigmatisation ou pour générer des profits.

III. Résultats

19 entretiens individuels ont été réalisés, ainsi qu'un focus groupe constitué de quatre infirmières. L'échantillon final de répondants est constitué de 23 soignants, dont huit infirmières (une exerçant dans le service de neurologie, une dans un service de pédiatrie, une dans un service de Gastro-entérologie, une dans un service d'urgence et quatre en médecine générale ayant réalisé un focus groupe) et 15 médecins (six généralistes, un Cardiologue, une Diététicienne, un oncologue, un ORL, un Pneumologue, un Ophtalmologue un gastroentérologue, une Pédiatre et un chirurgien général) (voir annexe H). La plupart de ces soignants sont confrontés à une variété de public, c'est-à-dire les enfants et les jeunes adultes et plus rarement, des personnes du troisième âge. Ceci est particulièrement vrai concernant les médecins généralistes, qui contrairement aux spécialistes qui travaillent avec un type particulier de public, travaillent avec tous ces publics en même temps car ils sont le plus souvent affectés aux services d'urgence et de consultation générale. Seuls quatre soignants ont déclaré avoir suivi une formation en ETP (voir tableau 1), parmi lesquelles 3 concernaient principalement des Pathologies médicales (VIH, diabète, psychologie médicale) et quelques notions d'ETP leurs ont été données concernant ces Pathologies. Le quatrième soignant quant à lui affirme avoir suivi des cours d'ETP lors de sa formation, sa sous spécialisation en Diététique. Un autre professionnel affirme avoir été formé « sur le tas » (officieusement) en ETP par son chef de service. Les Pathologies les plus courantes rencontrés ont été réparties en trois catégories : infectieuses (l'hépatite, tuberculose, bronchite, arthrites, otites, VIH) métaboliques (hypertension artérielle, diabète, l'obésité, goûte) et autres (la gastrite, le cancer, la drépanocytose, l'insuffisance rénale, glaucome, cataracte, vice de réfraction, BPCO, allergies, rhinites chroniques, asthme, insuffisance cardiaque, AVC, parkinson, démence, épilepsie).

Ce travail a donc été subdivisé en trois parties : une partie « Pratiques actuelles d'ETP » dans laquelle les pratiques d'éducation thérapeutique du personnel soignant du district de Deido sont décrites. Une partie « Pratiques idéales de l'ETP » qui décrit ce que représente une pratique idéale selon les soignants. Et enfin, une partie « Freins et leviers » qui représentent les facteurs influençant le passage à ces pratiques idéales précédemment citées.

III.1. Pratiques actuelles d'ETP

III.1.1 Difficulté à définir l'ETP

Définir l'ETP s'est avéré complexe pour la plupart des participants à l'étude. L'ETP est perçu comme un counseling et par conséquent est limité à une simple transmission d'information. Cette vision erronée de l'ETP est donc traduite dans la définition qu'ils en font en ces termes : « *une sorte de counseling qu'on fait au malade pour qu'il sache les médicaments qu'il prend sont pour telle maladie, pourquoi il le prend et à quelle dose le prendre.* » (Généraliste) Ou « *un ensemble de conseils* » (généraliste) ou encore « *amener le patient à comprendre* » (généraliste). Seuls 2 participants l'ont défini comme un processus d'accompagnement, notant ainsi l'importance d'une démarche partenariale entre soignant et soigné et son caractère continu, progressif : « *L'éducation thérapeutique pour nous c'est de permettre déjà d'expliquer au malade le pourquoi il a sa maladie et comment faire pour mieux vivre avec sa maladie. Donc c'est vraiment un accompagnement et un cheminement du soignant avec son patient.* » (Pédiatre). Cependant, cette dernière définition de l'ETP ne se retrouve pas traduite dans leurs pratique, l'objet de l'éducation thérapeutique mentionné par la majorité des soignants interviewés étant le traitement médicamenteux et la vie sociale du patient : « *l'ensemble des moyens à mettre en œuvre pour rendre un malade sain.* » (Chirurgien) « *Il peut être médicamenteux, il peut être un conseil médicamenteux, un conseil social* » (généraliste), « *c'est éduquer les patients sur la prise en charge en elle-même, c'est-à-dire les médicaments, la posologie, la durée du traitement, l'impact qu'ils peuvent avoir sur la santé du patient, sur l'environnement, sur l'environnement social du patient* » (généraliste). Leur but est avant tout que le patient guérisse « *Amenez le à comprendre que j'ai un problème qu'on a déterminé qui est dû à ça et qu'on peut traiter* » (orl) « *Parce que : un, ça l'aide au cours de l'hospitalisation. Et si les pratiques qui ont été débutées à l'hôpital, Si ça... si l'entourage ou bien la famille continuent à la maison, Vraiment, c'est à dire que le recouvrement de la santé serait vraiment effectif.* » (Infirmière).

III.1.2. Absence d'un véritable diagnostic éducatif

Les principales informations recherchées par les participants lors de la première consultation avec le patient sont d'ordre biomédicales : les antécédents médicaux, le motif de consultation/histoire de la maladie « *Maintenant quand il arrive c'est quoi son motif de consultation c'est quoi l'histoire de la maladie c'est quoi les antécédents* » (généraliste). De même que les caractéristiques socio-démographiques des patients, ces informations sont

collectées principalement dans le but de poser un diagnostic clinique et éducatif dans une très moindre mesure.

Ces professionnels réalisent généralement une anamnèse en lien avec leur profession, afin de recueillir les informations nécessaires pour poser le meilleur diagnostic possible et mieux planifier la prise en charge et le suivi du malade. Par exemple, une Diététicienne déclaré : *« pendant la première rencontre avec le patient on fait l'enquête alimentaire... C'est toujours sur l'alimentation toujours ça ne manque pas. En fait quand le patient est là c'est beaucoup plus éducation, comment est-ce qu'il doit manger ? Quand est-ce qu'il doit manger ? quelle sont les attitude alimentaire les bonnes habitudes ; les mauvaises habitudes ? ainsi de suite c'est en fait ça de façon générale. »* (Diététicienne). Il est tout aussi important de noter que même si ces informations semblent être essentiellement tournées vers la profession, elles tournent surtout autour du motif de consultation, des plaintes du patient *« Les informations classiques d'une consultation d'ophtalmologie ou bien de toute consultation médicale. Le motif de consultation, les différents antécédents, l'histoire de la maladie, l'enquête systémique où on questionne autour différents signes présents. »* (Ophtalmologue). Ceci pourrait signifier que ces cliniciens iront difficilement chercher des informations qui à priori n'auraient pas de lien avec le motif de consultation, mais qui pourrait être capital pour le suivi éducatif. De façon générale, le diagnostic éducatif posé par la grande majorité des soignants est donc fonction de la pathologie du patient *« Non, mais le sujet, vous l'avez bien dit, c'est corrélé à la pathologie que présente le patient. Donc, il n'y a pas de choix. »* (ORL).

Plusieurs participants ont déclaré investiguer spontanément les déterminants psychologiques et environnementaux. C'est le cas de cette infirmière chef de service qui, en répondant à la question de savoir quelles informations sont collectées afin de choisir le sujet de l'ETP a déclaré *« Lorsqu'on pose le diagnostic infirmier, on peut sortir du cadre médical, il y a des personnes qui perdent l'estime de soi-même. On essaye de causer avec eux par rapport, peut-être il y a des personnes chez qui on peut noter un rejet social, un rejet familial, de l'entourage et tout et tout »* (infirmière). Mais le plus souvent, rien de spécifique n'est fait par rapport à ça, soit par manque de ressources (absence de d'accompagnateur psychosocial pour la plus parts des pathologies chroniques, manque de finances pour un suivi psychologique indépendant/personnel), soit par banalisation de ces signes, surtout d'un point de vue culturel. On note également que seuls quelques soignants reconnaissent que les patients chroniques peuvent avoir des connaissances préalables sur leurs pathologie et les prennent en compte, *« Une fois, ceci fait, nous essayons de voir d'abord comment le patient lui-même il conçoit déjà*

la maladie, est ce qu'il connaît déjà quelque chose sur la maladie. » « *Il y a d'abord des connaissances au préalable de sa maladie.* » (Médecin généraliste et Infirmière respectivement). Toutes ces informations finalement ne serviront pas à grande chose puisque le diagnostic reste fort clinique, très peu sont ces soignants qui vont au-delà de la maladie et le son traitement, pour explorer et/ou aborder le vécu quotidien, l'adaptation du malade à tout ceci.

III.1.3. Définition d'objectif surtout cliniques et réservé aux médecins

Chaque médecin fixe ses propres objectifs. Ce qui n'est pas toujours le cas pour les infirmiers, qui souvent évoluent en fonction de l'objectif fixé par le médecin traitant « *ils ne participent pas trop à la prise de décision puisque : un c'est le clinicien qui le fait...* ». Quelques soignants déclarent que les patients participent à la fixation des objectifs. Cependant, leurs discours nous révèlent que cette participation n'est que marginale, elle n'est sollicitée que dans le but d'ajuster les objectifs préalablement fixés par le médecin, pour les rendre atteignable : « *on voit avec lui quelles seront la faisabilité et la compliance, est-ce que ce qu'on lui demande de faire vraiment par rapport à sa situation, est-ce que ce sera faisable ? On se rassure toujours que ce soit même dans les médicaments, on sait que si on lui donne tel produit sur le long terme, est-ce que financièrement il va pouvoir tenir à l'achat de ses médicaments. Donc on adapte même son traitement en fonction de son revenu mensuel, ...* » « *Avec le patient, oui.* » (Médecins généralistes) « *ok les informations socio-démographique, socio-culturel parce que en fait généralement la manière de s'alimenter dépend aussi de ça, l'environnement, où est ce qu'on se trouve... ça tient compte de cela des goûts de chaque patient c'est pour ça que l'alimentation est plus spécifique pour chaque individu* » (Diététicienne).

Mais force est de constater que pour la plupart des participants, la connaissance de ces choses n'a pas toujours de poids quand il faut choisir entre une démarche participative ou pas. C'est à dire, Le fait de savoir que les caractéristiques sociodémographiques, les connaissances et préférences du patient sont importants (voir 2 paragraphes précédents) pour la prise de décisions médicales, les participants ne sont pas plus motivés à impliquer les patients dans ces prises de décisions. En effet, les soignants restent encore sur une démarche très paternaliste, supposant que la décision prise par le médecin pour la vie du patient est forcément meilleure que celle que pourrais prendre un patient « *Maintenant, il y a des patients qui comprennent très vite que là où ils sont là, il faut simplement qu'ils adhèrent aux informations ou aux injonctions, je ne sais pas si je peux dire ça comme ça, du médecin. Maintenant il y a d'autres qui ne le comprennent pas, là il faut un peu plus tirer. J'ai insisté sur les messages et je leur ai*

donné des cas de figure avec. Parce qu'il va revenir en se plaignant. « Je ne me sens pas bien », mais quand vous regardez, il n'a pas observé ce que vous lui avez donné, comme conseil et même le traitement qui lui a été prescrit. Il n'a pas eu une bonne observance. Là, on est obligé de sortir et d'aller plus en profondeur pour lui faire comprendre qu'il n'y a pas d'autre alternative que celle-là, De bien suivre les conseils qui leur sont prodigués et de bien prendre les médicaments qui leur sont prescrits. » (ORL). Cette vision pourrait révéler un manque de confiance des professionnels vis-à-vis des patients, pour prendre des décisions de santé. Ce qui à son tour pourrait démontrer une absence d'évaluation effective de l'état des savoirs du patient. C'est en ce sens qu'une infirmière déclare que :« Ils (patient) ne participent pas trop à la prise de décision puisque : un c'est le clinicien qui le fait et il a des arguments pour... comment je vais dire ? des arguments pour demander de faire si, de faire ça. Et généralement les garde-malades, ils ne sont pas si conciliants » (infirmière) (à noter qu'ici le soignant parle de garde-malade parce qu'on est dans un service de neuro, où la plus parts des patients sont dans l'incapacité de s'exprimer, le garde-malade devient donc son représentant).

Les objectifs par conséquent, sont principalement cliniques (glycémie, tension artérielle), anthropométrique (indice de masse corporel/poids corporel parallèlement avec la pratique d'activités physiques et l'alimentation), la compliance au traitement (« *mais quand vous regardez, il n'a pas observé ce que vous lui avez donné, comme conseil et même le traitement qui lui a été prescrit. Il n'a pas eu une bonne observance* ») et dans une moindre mesure, le bien-être psychologique du patient (« *guérir quelqu'un c'est de le guérir physiquement et psychologiquement en fait. Donc c'est en fait ça la guérison. Si vous opérez quelqu'un d'un goitre et que psychologiquement il commence à vous faire des petites crises, vous ne l'avez pas guéri. Donc c'est un ensemble.* ») ou encore savoir-faire relatif aux prises tensionnelles et glycémiques. Ces choix d'objectifs sont majoritairement justifiés par les recommandations médicales faites pour la pathologie du patient ou par le fait que les soignant soient cliniciens et donc estiment ne pas être concernés par tout ce qui est hors clinique « *Notre objectif premier en tant que praticien c'est la guérison. Donc s'il faut bien voir, vous, vous êtes dans le service de santé publique, donc votre regard est autre, Donc vous allez regarder... vous avez un regard hors thérapeutique comme on dit* » (ORL).

Même si tous les participants prétendent pratiquer un ETP, seuls deux d'entre eux tiennent vraiment compte des désirs et des priorités du patient, depuis le diagnostic éducatif.

D'autres objectifs tel que l'adaptation quotidienne à la maladie sont abordé de manière isolée. Les pratiques restent plus centrées sur la guérison du patient que sur ses conditions de vie. Aucune méthode de coping par exemple n'est abordé sauf avec la Diététicienne.

III.1.4. Planification et mise en œuvre très limitées

La majorité des séances sont des séances individuelles et sont planifiée pendant les consultations normales. Le contexte socio-économique (beaucoup de patients ne résident pas à proximité des FOSAs et n'ont pas toujours les moyens de s'y rendre. Il n'existe pas de salle libre/disponible pour des séances de groupe) et les croyances (certains patients ne voient pas la nécessité d'un suivi médical quand ils vont mieux « *Même déjà à un rendez-vous normal, c'est-à-dire quand il a des symptômes, dès que vous lui donnez le traitement et vous lui dites que « je veux vous revoir dans 10 jours » et il ne revient pas parce qu'il va bien. Donc imaginez alors celui qui va déjà bien bien bien bien et vous lui dite que « je veux vous voir par exemple au tour de deux mois pour voir si telle telle chose, c'est difficile, c'est difficile. »* ORL) pourraient justifier ces choix. Il n'existe donc pas de rendez-vous de suivi éducatif. Ce qui représente une véritable limite à une éducation de qualité, qui est supposée être continue, s'inscrire dans le temps. Les rares séances de groupe existantes sont réalisées soit en salle d'hospitalisation soit en salle d'attente, or, ni l'une ni l'autre n'est dédiée à une pathologie spécifique, sans compter les bruits dues à tous les aller-venir des usagers. Seul un médecin généraliste prévoit des séances de suivi à distance (téléphoniques), mais qui comme les séances en présentiel sont principalement pour un suivi clinique.

La fréquence de ces séances est variable en fonction de la pathologie et de la réponse clinique du patient au traitement. Elle est donc fonction de l'évolution de la maladie. Tous déclarent posséder une traçabilité écrite de la prise en charge éducative, mais cette dernière s'avère être intégrée au dossier médical ou au carnet de consultation. Ce qui pourrait être une bonne chose, étant donné que toutes les séances d'éducation sont réalisées pendant les consultations, permettant ainsi à l'éducateur de garder un flow continu de ces séances lors de la consultation médicale.

Dans certains services tels que l'unité de prise en charge du VIH, l'ETP est principalement réalisé par les accompagnateurs psychosociaux (APS) : « *de façon rigide, ce sont les APS qui ont la compétence absolue pour faire ce travail, ou si non, tous les intervenants sont formés pour éduquer les patients* » (Pneumologue et chef UPEC). Ce qui signifie que dans ces

services, ni le médecin ni l'infirmier n'est vraiment impliqué dans l'ETP, même s'il est formé pour.

III.1.4.1. Contenu des séances très médico-centré

Lorsque les participants ont été interrogés sur les méthodes d'accompagnement des patients réalisées pour aider les patients à s'adapter quotidiennement à leurs maladies, beaucoup ont fait mention de conseil, d'explication, de counseling et de traitement. « *Ce qui est sûr, tout lui est bien expliqué. On essaie de lui expliquer, le bien fondé, du traitement qu'il doit prendre et peut-être des mesures hygiéno-diététiques qu'il doit observer pour sa vie de tous les jours.* » (ORL). Ce qui une fois de plus, nous renvoie à cette vision réductrice de l'ETP qu'est la transmission d'informations. D'autres ont fait mention de soutiens psychologique : « *Bon, en fait c'est vrai que nous par peut-être notre formation on a fait un peu de psychologie et ce qui fait que Nous n'avons pas de dispositif d'annonce diagnostique comme dans d'autres pays. C'est nous qui annonçons le diagnostic généralement aux patients... Malheureusement, nous n'avons pas ce dispositif qui comprend le spécialiste, les psychologues et bien d'autres spécialistes.* » (Cancérologue) « *Oui, les plaintes médicales, on gère l'aspect médical et donc en fonction de la situation qu'on va trouver, on pourra appeler le médecin psychologique.* » (Pédiatre). Ici, les soignants restent fixés sur le côté psycho-clinique de la maladie, en laissant pour compte le volet environnemental et adaptatif de l'ETP. Certains soignants quant à eux enseignent des savoir-faire : « *Je le fais systématiquement, j'éduque et autant que faire ce peu, je demande aux patients beaucoup plus de se procurer un tensiomètre ou un glucomètre. Et le faire bien sûr, quand il revient avec c'est de lui expliquer le premier, ou alors de se rapprocher toujours s'il y a un centre de santé ou alors un hôpital dans sa zone si c'est plus facile.* » (Cardiologue)

III.1.4.2. Carence de support et outils

Les soignants ne disposent d'aucun outil à caractère pédagogique. La quasi-totalité des outils mis à leurs dispositions sont à caractère informatifs, tels que les affiches, les brochures, des fiches de suivi, Fournis par l'institution. Pour ceux qui réalisent l'ETP par téléphone, le matériel (téléphone, internet, crédit de communication) est acquis personnellement.

Et dans une moindre mesure, ils utilisent le matériel hospitalier tel que le tensiomètre, le glucomètre, pour montrer au patient comment l'utiliser.

III.1.4.3. L'adaptation des activités en fonction du niveau socio-démographique du patient

La plupart des soignants déclarent adapter leurs activités en fonction du niveau d'éducation du patient, de sa culture, de son âge, de son implication et de ses croyances : « *on*

adapte vraiment en fonction de la tranche d'âge de la personne qui se trouve devant nous. » (Infirmière) « *D'abord, le niveau d'éducation est très important. Il me faut avoir le niveau d'étude du patient, ça nous permet facilement l'adapter. Parce que là il faut chercher, voire d'abord la langue, est ce qu'il parle la même langue que moi, il faut descendre à son niveau de langue. »*. Et tout ceci se passe à travers le dialogue : « *tous les jours où, j'ai l'opportunité de dialoguer avec le patient Je fais tous les jours. »*. Ils vont plus loin et font une planification selon l'emploi de temps du patient « *Bon, je planifie en fonction d'abord de la disponibilité du patient lui-même »* (médecin généraliste).

III.1.4.4. Collaboration entre professionnels pluridisciplinaire plutôt qu'inter ou transdisciplinaire

Les entretiens réalisés révèlent plus une pluridisciplinaire dans les pratiques des soignants qu'une interdisciplinarité. Les informations sont transmises à travers le dossier médical et des réunions médicales. Des réunions d'équipe sont organisées de façon hebdomadaire (par service) et mensuel (par département) mais ne concernent généralement que les patients hospitalisés, et encore, pas tous. Ce qui implique que dans la plupart des cas, il n'y a pas de vraie discussion entre les intervenants avant la prise de décisions. Ces réunions sont planifiées dans tous les services et départements, quel que soit la formation sanitaire.

Il existe un seul dossier médical par patient, consultable par tous les membres de l'équipe. Toutefois, des échanges informels peuvent avoir lieu de façon quotidienne, mais ces derniers sont rares, il existe très peu de communication directe entre les différents intervenants. Chacun s'occupe de son domaine de façon un peu indépendante. « Mais il y a des spécialistes, il vient, il sait qu'il a tel avis à donner, il vient il prend le dossier, il va il travaille, il revient, il repart, sans qu'il y ait une communion. Surtout s'il n'y a personne en place au moment T. »

La communication entre l'équipe soignante et les intervenants externes au service se fait essentiellement par rapport-courrier (fiche d'avis ou fiche de transfert ou de référence). Il reste important de noter que dans les cas de référence d'un patient, les fiches de contre référence ne sont pas toujours renvoyées. Cependant, certains patients prennent sur eux de donner un compte rendu à leur médecin généraliste, soit par téléphone soit en présentiel une fois rétabli.

III.1.4.5. Implication quasi systématique de l'entourage

L'implication de l'entourage dans les consultations médicales est très souvent demandée par les patients et encouragée par les soignants. Ceci pourrait être expliqué par la

culture sociale partagée dans le contexte africain. Dans la culture africaine, les soins médicaux sont généralement financés par l'entourage, dans certains cas même le patient est totalement à la charge de l'accompagnant (au quotidien), ceci est particulièrement vrai quand le patient est une personne âgée ou mineure. Ce qui fait qu'il y a une très grande transparence avec l'entourage concernant les conditions médicales. Dans certains cas, c'est même l'entourage qui décide de la suite des soins, qui prend les décisions médicales. Un médecin a même déclaré tenir compte des disponibilités du garde-malade quand il fixe les rendez-vous de suivi selon.

III.1.5. Réalisation d'une évaluation éducative conditionnée par le résultat clinique

Lors des rares séances de suivi honorées par les patients, la majorité des soignants interrogés, déclarent évaluer l'adhérence au traitement et aux mesures hygiéno-diététiques. Les indicateurs en sont les paramètres biologiques tels que la charge virale, la glycémie, le BMI, la tension artérielle. On trouve aussi l'activité physique, le comportement alimentaire. Et dans une moindre mesure, on a, les difficultés rencontrées, le savoir-faire du patient. Très peu de participants ont déclaré évaluer les acquis du patient, particulièrement leurs savoirs.

La quasi-totalité des soignants ont recours à une auto-évaluation lors que leurs objectifs ne sont pas atteints, afin de comprendre pourquoi ils n'ont pas été atteints. Et lors de cette auto-évaluation, ils repassent tout le processus des soins en revue, la fixation des objectifs, l'adéquation des médicaments prescrits, l'observance thérapeutique et même leurs pratiques d'ETP : « Si les résultats ne sont pas satisfaisants, on va donc un peu plus loin en matière d'observance, en matière de compliance au traitement, d'adéquation entre le traitement et la maladie » (pneumo) « Faisons une réévaluation du patient, des objectifs du patient, mes objectifs, les différents facteurs qui auraient influencé l'échec. Une fois qu'on a fait cette analyse-là, on se fixe de nouveaux objectifs, on essaie d'exclure tout ce qui ont influencés, qui ont participé à l'échec de notre mission. » « Parfois on ne se remet pas en question, tu vas prendre dans nos structures qu'est-ce qu'on fait ? « Ah, je vais pousser au spécialiste » c'est vrai que moi-même il m'est arrivé de le faire, pour ne pas accuser mes collègues, mais à un niveau je me dis « est-ce que j'ai vraiment fait l'ETP ici » ? est-ce que ça ne bloque pas parce qu'ici j'ai omis de faire une éducation thérapeutique ? » (Généralistes). C'est donc au moment où le médecin fait une auto-évaluation qu'il réalise que l'évaluation éducative n'a pas été faite et qu'il la réalise.

Ceci implique que ce n'est que lorsque les objectifs cliniques fixés par les médecins ne sont pas atteints que les soignants ont recours à une évaluation éducative, afin de comprendre pourquoi le patient ne répond pas au traitement. Si l'évaluation de l'atteinte des objectifs

cliniques est favorable, le personnel soignant en majorité passe à autre chose, ils ne voient plus la nécessité d'une auto-évaluation et par ricochet, ils ne voient pas non plus celle d'une évaluation éducative. Supposant peut-être que le fait que les objectifs cliniques soient atteints implique que tout a été bien fait et que les recommandations sont mises en pratique. Ce qui signifie encore une fois que le but de l'évaluation est clinique, et peu orienté vers la qualité de vie du patient.

Très peu de soignant impliquent les patients dans l'évaluation de l'atteinte des objectifs. Ceci pourrait être expliqué par un désir d'objectivité, de transparence.

III.2. Vision idéale de l'ETP rapportée par les soignants interrogés

Même si tous les participants étaient d'accord concernant le besoin de formation, le besoin d'avoir un personnel formé en ETP et même un service dédié pour ça, des divergences ont été noté au niveau de la mise en œuvre de ce dernier. Tandis que certains envisagent ce service d'ETP comme un organisme connexe d'évaluation, de régulation et recyclage des pratiques d'ETP de tout le personnel hospitalier, d'autres le voient comme un service annexe, qui se chargerait de toutes les éducations thérapeutiques de la FOSA de façon un peu indépendante.

Dans le premier cas, le service d'ETP aurait un peu un droit de regard sur tous les autres services. Le rôle du personnel de ce service serait de former, observer, et évaluer les pratiques d'ETP des soignants de tout l'hôpital. Organiser des séances de mise à niveau pour le personnel qui en aurait besoin, et faire des remarques constructives quant à l'élaboration de ces séances d'ETP y compris en termes d'infrastructures. Il serait donc là pour outiller le personnel soignant de chaque structure sanitaire. Engendrant ainsi l'implication de tout le personnel soignant et même de l'administration, dans ces pratiques d'ETP.

La dernière version quant à elle impliquerai une démarche plus symbiotique entre ce service d'ETP et tous les autres services de la FOSA. Il réaliserait toutes les séances d'ETP, ce qui implique un accès à tous les dossiers médicaux de patients, causant de potentiels soucis de confidentialité. Surtout, ceci pourrait constituer un obstacle dans la continuité des soins et donc dans la pratique d'une ETP de qualité dans le sens où toutes les autres décisions cliniques seront prises sans leur participation sans forcément tenir compte des progrès ou difficultés des patients, dénaturant ainsi l'essence même de l'ETP qui est d'inclure chaque paramètre de la vie du patient afin de prendre avec lui les meilleures décisions cliniques pour son bien-être et son adaptation quotidien. Sans compter que ce service à son tour pourrait très vite se retrouver

dépassé si la FOSA est grande. Cette vision de l'idéal pourrait être motivée par le surmenage, le manque de temps, ou un manque de confiance en soi ou d'auto-efficacité perçu.

Certains soignants vont plus loin dans leur vision de l'idéal, et identifient cette situation comme celle dans laquelle tout le monde, c'est-à-dire gouvernement, direction de la FOSA, soignants et patients se sentiraient concernés par l'ETP et s'impliqueraient. « *Si tout le monde s'y mettait, même si on n'a pas le service qui va avec, si tout le monde c'y mettait, ça serait un peu plus facile, ça serait motivant et on palperait mieux les résultats de cette éducation-là.* » (Cardiologue). Toute la population engagée pour l'ETP résoudra un grand nombre de difficultés qui seront énumérées dans la partie suivante. Mais ceci sous-entend qu'au moins une partie des difficultés rencontrées est due à un manque de volonté de la part de la population en général.

III.3. Les facteurs adjuvant et inhibiteurs de la prise en charge éducative

Ces facteurs peuvent être classés en 3 grandes catégories : la première qui les attribue au gouvernement/système de santé, la deuxième qui les attribue à la formation sanitaire et la dernière quant à elle, les attribue soit au personnel soignant soit aux patients. Et chacune de ces catégories sera traitée sous base du modèle TDF (« Theoretical Domains Framework » qui constitue une base théorique pour l'évaluation des problèmes d'implémentation aussi bien liés aux professionnels de la santé, qu'aux comportements de santé de des patients) et ses 14 domaines.

Facteurs inhibiteurs

- Facteurs gouvernementaux :

1. **Contexte environnemental et ressources** : il s'agit d'une absence de financement des soins. Au Cameroun, les soins sont principalement financés par les patients « *Il y a des personnages qui n'ont pas l'argent pour se rendre dans les structures.* » (Infirmière). Et donc rend la charge financière du patient beaucoup plus élevée que dans les pays où il existe une assurance maladie universelle. Ainsi, le patient peut très vite se retrouver dépassé, surtout dans un pays avec une forte prévalence de chômage comme celui-ci. Ce qui le poussera à manquer certains rendez-vous, et par conséquent entravera le bon suivi éducatif.
2. **Compétences** : manque de programme de formations ou de recyclage systématique en ETP pour les soignants « *il n'y a pas un canevas qui est mis en*

place par le système, où ils vont nous dire, OK, chaque enseignant est pris en charge peut-être pour deux formations dans l'année ou pour une formation dans l'année où tout est pris en charge par la structure parce qu'on sait qu'il en a besoin. » (ORL). Ce manque de formation fait que beaucoup de soignants ne sont pas outillés pour l'ETP, et peut très vite affecter leur sentiment d'auto-efficacité, les rendre pessimiste et voir même contribuer à causer un burn-out.

3. **Renforcement** : l'ETP est un acte non rémunéré « *Je ne peux pas prendre plus de 2 mois pour ça étant donné que je ne demande pas 5 francs* » (généraliste), ce qui fait que beaucoup de soignants ne sont pas très motivés à la pratiquer, ou encore, le font de façon très superficielle, considérant le temps dédié à cette pratique comme un temps qui pourrait leur servir à gagner plus d'argent ailleurs, en consultant d'autres patients par exemple.
4. **Connaissances** : Certains soignants s'interrogent sur les motivations de la société camerounaise quant au manque d'investissement dans l'ETP. Plus précisément, ils se demande si cela est due à un manque de connaissances ou autre chose : « *Je ne sais pas si elle (ETP) n'est pas soutenue parce qu'on connaît mais on ne peut pas faire, ou elle n'est pas soutenue par l'ignorance de son existence. C'est pour ça que votre question reste très ambiguë. Est-ce que... Il faut déjà qu'elle (la société) soit au courant que ces types de pratiques existent* » ORL
5. **Croyances concernant leurs capacités** : la quasi-totalité des participants ne sont pas confiants quant à leurs pratiques faute de temps. Ils estiment ne pas disposer de suffisamment de temps ou encore de cadre propice pour le faire convenablement : « *vraiment, l'éducation thérapeutique, je ne pense pas que ce soit là parmi nous, on les inclut dans des petites consultations, ce qui fait que ça ne donne pas vraiment l'impact comme on le souhaitait.* » (Cardiologue)

- **Facteurs institutionnels**

1. **Contexte environnemental et ressources** : la quasi-totalité des participants ont fait mention d'un manque de personnel, non seulement en termes d'effectifs « *avec la multitude des patients, c'est je... c'est quand même deux infirmières pour 21 patients. Ce n'est pas facile* » (Infirmière) mais aussi en termes de qualité du personnel « *Parfois la qualité, nous sommes en manque de de qualité du personnel.* » (Infirmière). Ceci à son tour soulève un autre problème qui est le manque de temps : « *On vient le matin, je consulte en moyenne, 20 malades par*

jour. En fait, dans un intervalle de 9h à 14 heures, tu dois avoir 20 malades. Là, par exemple, j'ai eu 20 malades. Et j'ai opéré. Vous voyez qu'il y a un temps très limité qu'on doit faire, que Je dois faire par patient. » (ORL).

Des participants ont également fait mention du manque de matériel : *« Par exemple, nous n'avons pas de projecteur pour faire des télé, comment dire... des projections, discuter avec les patients, faire certaines séances d'éducation avec des patients. Enfin, certains trucs comme les ordinateurs, Les projecteurs même nous n'avons pas, les salles même. » (Généraliste)* et de salle : *« Bon, dire qu'il y a une salle mise spécialement Pour ça, pas vraiment. Il y a des fois où je regroupe des usagers ici dans mon bureau » (Infirmière).*

Il semble tout aussi important de noter la rupture de contact avec le personnel infirmier après la sortie d'une hospitalisation, due à l'organisation structurelle de certaines FOSAs *« et là, le pont se coupe vraiment le jour où le patient sort du service » (infirmière)*. En effet, les infirmiers affectés dans les services d'hospitalisations, ne sont pas les mêmes dans les services de consultations externe, or c'est en consultation externe que le suivi est réalisé une fois le patient sorti d'hospitalisation, ce qui rend le suivi impossible pour certains infirmiers.

2. **Influences sociales** : les soignants ne sont pas impliqués dans les prises de décisions, ce qui fait que leurs besoins ne sont pas souvent comblés surtout en matière d'ETP *« Il faut de la considération, pour moi-même c'est la première des choses auprès de l'administration. Il faut que le personnel soit écouté, pour que tu puisses dire ce que tu penses, pour qu'on puisse mettre à ta disposition ce qu'il faut. Mais malheureusement, ce n'est pas toujours ça. » (Cardiologue)*

- Les facteurs liés au personnel quant à eux sont :

1. **Le pessimisme** : des soignants se sentent impuissants face au manque d'implication de leurs collègues *« Donc, même si individuellement tu le fais, ça reste noyé. Tu ne peux pas te venter aujourd'hui, pas l'outillé aujourd'hui, que je fais une éducation parce que on n'arrive pas à le ressentir dans la globalité » (cardiologue),*
2. **Rôle professionnel/Émotions** : Certains soignants ont mentionné comme situation idéale avoir des professionnels plus focalisés sur le bien-être de leurs

patients que sur leurs revenus, et qui prennent le temps d'interagir avec leurs patients, avoir de l'empathie pour eux : *« avoir un praticien patient, qui patiente, qui ne court pas après un chiffre. Le chiffre qu'on avait, le chiffre du nombre de patients et le chiffre dans son sens propre. »* (ORL)

- Facteurs liés aux patients :

1. **Émotions** : des patients trop collants poussent leurs soignants à écourter voire bâcler leur suivi *« le suivi à distance, on garde le Contact de temps en temps avec le patient, je suis ouvert. Même comme c'est vrai qu'après ça devient autre. » « C'est vrai que certains deviennent attachants et ça va dans tous les sens, à ce moment je commence à me détacher et... »* (Généraliste).
2. **Rôle professionnel/social** : certains patients ne semblent pas être conscients du rôle qu'ils ont à jouer dans leur processus de soin. Le manque d'implication des patients, à travers les pertes de vues et le manque d'assiduité aux rendez-vous médicaux constitue un véritable obstacle pour la continuité des soins et donc, une ETP de qualité *« Même déjà à un rendez-vous normal, c'est-à-dire quand il a des symptômes, dès que vous lui donnez le traitement et vous lui dites que « je veux vous revoir dans 10 jours » et il ne revient pas parce qu'il va bien. Donc imaginez alors celui qui va déjà bien bien bien bien et vous lui dite que « je veux vous voir par exemple au tour de deux mois pour voir si telle telle chose", c'est difficile, c'est difficile. »* (ORL).
3. **Connaissances** : certains soignants pensent que la majorité des patients n'ont aucune idée de ce que c'est que l'ETP *« C'est un acte qui n'est pas valorisé. Même le patient ne considère pas ça comme un soin. Lui, sais que c'est une causerie. »* (Ophtalmologue). *« C'est vrai que certains patients sont un peu retissant, quand on leur pose certaines questions ils ne vont pas s'ouvrir »* (généraliste),
4. **Influences sociales** : cette étude a permis de relever plusieurs facteurs socio-démographiques des patients, entravant les pratiques d'ETP du personnel soignant, notamment : le niveau d'éducation des patients : *« C'est vrai que certains patients sont un peu retissant, quand on leur pose certaines questions ils ne vont pas s'ouvrir »*(généraliste), la culture : *« Par exemple par la population du Grand Nord, vous avez à faire à une femme qui va vous dire comme vous êtes un homme, Alors je ne peux pas accepter que vous me fassiez ci ça parce que vous*

ne pouvez pas m'examiner sans mon mari, »(ORL), la religion : « Tu as des patients qui vont te dire que « moi je ne peux pas faire Ceci parce que je suis témoin de Jehova » » (cardiologue) et d'autres croyances : « il y a des patients qui arrivent et qui ont déjà leur conception de la chose. « Je sais que c'est tel personne qui a fait au quartier, c'est telle personne qui m'a donné la maladie » ».

Facteurs favorisant l'ETP

- Les facteurs gouvernementaux

Les connaissances : ici, elles sous-tendent une prise de conscience progressive : *« l'état en général prend déjà conscience du fait qu'il faut éduquer les patients. »* (Cardiologue)

- Les facteurs organisationnels quant à eux comprennent une **régulation du comportement** des soignants, à travers des incitations fréquentes à pratiques l'ETP : *« La hiérarchie nous martèle tout le temps de le faire »* (généraliste)
- Les facteurs liés aux soignants, certains sont revenus à plusieurs reprises, notamment : le sentiment **d'auto-efficacité/optimisme** *« En général oui, en général oui. Surtout lorsqu'on se rend compte que ça a fonctionné, parce que le résultat est palpable. »* (Infirmière), l'optimisme *« Je veux atteindre certains objectifs personnels, soigner tous mes patients, être le meilleur médecin, comme tout le monde. »*, et le **rôle professionnel** *« Je dois être un acteur principal, je dois être celui-là qui doit être à la première ligne »*.
- Les facteurs adjuvants liés aux patients les plus fréquemment cités sont : le **renforcement** à travers la reconnaissance, et dans une moindre mesure, leurs motivations/implications dans le parcours de soin. C'est ainsi qu'un médecin généraliste c'est exprimé concernant l'intérêt que portent les patients vis-à-vis de l'ETP en disant *« Oui, très Très très intéressés »*.

IV. Discussion

L'objectif de cette étude était d'explorer et comprendre les pratiques d'éducation thérapeutique du personnel soignant du district de Deido. Les résultats de cette étude ont révélé que l'éducation thérapeutique des patients est une pratique non financée et peu reconnue au Cameroun. Pour la quasi-totalité des participants, elle se limite à une transmission d'information sur la maladie, son traitement et ses causes. Et la qualité de leurs pratiques d'ETP sert de preuve à l'appui de cette affirmation.

Les pratiques déclarées par les participants se concentrent principalement autour de la guérison du malade, du diagnostic éducatif à l'évaluation, tout en s'inscrivant dans une approche de type biomédicale, centré sur le curatif. Leurs pratiques semblent donc être conditionnées par une identité médicale basée sur un modèle de médecine de crises. Selon Assal JP, cette identité professionnelle serait centrée sur la performance, les professionnels s'identifient souvent à une prise de décision rapide et à une prise en charge immédiate des patients, en mettant l'accent sur les compétences techniques et la capacité de travailler sous pression. L'identité professionnelle en médecine aiguë (ou médecine de crise) et en médecine de longue durée reflète les valeurs, les rôles et les défis distincts auxquels sont confrontés les praticiens dans ces domaines [64]. En médecine de longue durée, l'accent doit être mis sur la continuité des soins et le développement de relations durables avec les patients. Iserson souligne que les praticiens de ce domaine ont souvent une vision holistique de la santé des patients, en mettant l'accent sur les maladies chroniques et les soins préventifs, ce qui façonne leur identité professionnelle autour de l'empathie et de l'engagement à long terme [65]. L'identité professionnelle des médecins peut être façonnée par divers facteurs, notamment l'éducation, la socialisation et l'évolution du paysage des soins de santé. Les recherches indiquent que la formation médicale influence de manière significative la façon dont les médecins perçoivent leurs rôles et responsabilités, favorisant ainsi le sens du professionnalisme et de l'engagement éthique [66]. Les résultats de la présente enquête suggèrent que les méthodologies employées par les soignants sont restées ancrées dans un paradigme quelque peu paternaliste des soins aigus (toutes les décisions sont prises exclusivement dans le but de guérir le patient, ne laissant au patient d'autre choix que d'accepter ces déterminations et de se conformer aux recommandations prescrites), un cadre dans lequel ils ont été formés, en raison de la forte affluence des patients et de la fréquence importante des crises et des urgences

prévalant dans les établissements de santé où leur enseignement médical est dispensé [64]. De plus, Schrewe *et al* discutent de l'impact de l'évolution du paysage des soins de santé sur l'identité professionnelle, suggérant que les prestataires de soins peuvent avoir du mal à conserver leur identité dans un contexte de changements systémiques[67]. L'impact des facteurs culturels et contextuels ne peut être négligé ; des études soulignent que les pratiques de santé locales et les attentes de la société jouent un rôle essentiel dans la formation de l'identité des médecins[68]. Aux vues du profil épidémiologique cité dans la partie « résultats » (forte incidence de maladies chroniques dans toutes les disciplines), Les professionnels de santé ne sont pas uniquement chargés de la gestion des crises ; ils doivent plutôt accepter une nouvelle identité médicale et partager son pouvoir médical, en formant le patient dans le but qu'il développe des compétences d'autosoins et d'adaptation. Or, les soignants de cette étude semblent éprouver des difficultés à dépasser les dimensions biomédical et pharmacologique, pour y associer une dimension psychosociale et pédagogique des soins de santé [64]. Le problème de ressources prégnantes au Cameroun pourrait expliquer le fait que la priorité y soit centrée sur les urgences, reléguant les changements de comportement au second plan. Les recherches indiquent que l'infrastructure de santé du pays est inadéquate, avec de graves pénuries de soins chirurgicaux essentiels et de ressources humaines, ce qui entrave la capacité à mettre en œuvre des stratégies sanitaires complètes au-delà des urgences immédiates[69]. En outre, la prévalence des régimes d'urgence, enracinés dans l'histoire coloniale, a normalisé l'attention portée aux réponses urgentes aux crises, reléguant ainsi les mesures préventives et les changements de comportement[70]. Par exemple, alors que les soins préhospitaliers ont démontré leur potentiel d'amélioration de la survie après un traumatisme, ils restent sous-utilisés en raison du manque de formation et de ressources formelles[71]. Ce résultat est similaire à celui de Pétré et al, qui nous révèle que malgré l'évolution remarquable dans les discours des soignants occidentaux, leurs pratiques quant à elles n'ont pas tant évoluées que ça [62].

L'enquête a également révélé que, malgré le fait que le diagnostic éducatif défini par tous les soignants étaient subordonnées au diagnostic clinique, un nombre minimal de ces soignants ont pris en compte les ramifications et les implications de la maladie et du traitement correspondant sur le quotidien du patient. Il en est de même pour chacune des quatre autres dimensions décrites par d'Ivernois et Gagnayre (englobent plusieurs aspects clés qui contribuent à une évaluation et à une intervention éducatives efficaces. Leur cadre met l'accent

sur l'importance de comprendre le contexte de l'apprenant, qui inclut les dimensions cognitives : que sait-il ; biocliniques : qu'a-t'il ; psychoaffectives : qui est-il ; motivationnelles : quel est son projet et socioprofessionnelles : que fait-il) qui ne sont pas pleinement explorées et donc influencent les résultats de l'apprentissage[72,73]. Dans la dimension socioprofessionnelle, le mode de vie du patient est très peu exploré, ce qui constitue un frein à leur compréhension du comportement des patients et donc limite les possibilités d'action et d'évolution dans les activités d'ETP [74]. Dans les dimensions cognitives et pédagogiques, seules les connaissances sur la maladie sont évaluées, au détriment des capacités d'adaptation et de gestion du traitement. L'exploration des dimensions psycho affectives et motivationnelles quant à elles sont quasi inexistantes dans les pratiques de ces participants. Toujours d'après d'Ivernois et Gagnayre, « *Le diagnostic éducatif est de principe évolutif et non exhaustif, et doit être renouvelé chaque fois qu'une démarche éducative est envisagée* » [73]. Or, dans cette étude, les soignants ne posent qu'un seul diagnostic éducatif à la première consultation, et qu'ils conservent tout au long du suivi, et ceci peut être justifié soit par un manque de connaissances de leur part, soit par le fait que les patients ne respectent pas toujours leurs rendez-vous, les poussant ainsi à se focaliser uniquement sur le plus important à leurs yeux.

Les résultats suggèrent que les patients ne sont pas impliqués dans quelque processus de décision que ce soit, influençant ainsi leur relation soignant-soigné, ce qui complique davantage cette pratique d'ETP. Ce qui est contraire aux recommandations de bonne pratiques[30] formulées par la HAS. Ce résultat est similaire à celui de B. Pétré et al réalisée en 2015 en Belgique qui montrait que les soignants accordaient une faible place aux patients « *dans la co-construction du projet de soins* »[62]. De plus, les objectifs établis par les soignants dans la présente enquête semblent être sur une très longue durée plutôt que progressifs. Or cette dernière approche permet de donner au patient le temps de d'accepter la maladie, et de développer le désir, la motivation de participer activement à ses soins. Assal JP le justifie par le fait que ces soignants restent dans une médecine de crise où ils n'avaient recours qu'aux examens biologiques et aux médicaments, et ont tendance à exiger des patients la même efficacité que ces outils quand il passe en mode chronique[64].

De façon pratique, les participants à la présente étude ne prennent pas toujours la peine de noter les ETP réalisées, et quand c'est fait, ce n'est pas détaillé, car ces notes sont prises dans le dossier médical du patient, qui se trouve être sous forme papier. Ce résultat est semblable à celui obtenu par Bassah et al dans une étude réalisée au Cameroun, qui suggérait

que les soignant ne notent pas leurs séances d'ETP [75]. Ces deux résultats peuvent être expliqués par le fait qu'au Cameroun, l'ETP est encore perçue comme une causerie et non comme un soin médical. Ceci vient renforcer le problème de communication existant entre les différents intervenants dans le parcours de soin du malade, que ce soit entre infirmier-médecin ou médecin-médecin. Cette situation peut être justifiée par le fait que les soignants « *n'ont pas appris à communiquer entre eux et à développer en commun des objectifs thérapeutiques pour leur patient* » pendant leur formations de base[64]. Or, il a été démontré que l'intégration de la formation interprofessionnelle améliore la pratique collaborative, ce qui est crucial pour développer une identité professionnelle cohérente parmi les prestataires de soins de santé[76]. Une approche interdisciplinaire avec participation active du patient permettra d'avoir une vue d'ensemble du patient et des « relais adéquats »[62].

Cette étude nous a également révélé que certains soignant ont recourt à un suivi à distance. Malgré des écarts de comportement de la part de certains patients, ce type de suivi à est considéré comme bénéfique pour l'autonomisation du malade car donne un sentiment de sécurité et de responsabilisation des malade à travers cette nouvelle relation soignant-soigné[64].

L'évaluation quant à elle reste fort centrée sur les connaissances lorsqu'elle n'est pas clinique, même s'il est reconnu que le savoir n'est forcément synonyme de changement. Et même, les évaluations cliniques sont très directes et souvent au long terme. Or il serait plus pertinent d'avoir des évaluations intermédiaires, qui permettrait une évaluation plus progressive de l'ETP et qui en passant contribuerai à augmenter le sentiment d'auto-efficacité et de compétence perçue, à la fois chez le patient et le médecin. En outre, elle permettra un feedback continu et l'adaptation des stratégies pédagogiques, en veillant à ce qu'elles répondent à l'évolution des besoins des patients. Ce processus itératif favorise une approche plus personnalisée de l'éducation, dont il a été démontré qu'elle améliore l'engagement des patients et leur adhésion aux plans de traitement[77].

La présente étude nous a révélé que le manque de personnel et de personnel qualifié était l'un des principaux freins aux pratiques d'ETP. Ce résultat est similaire à celui de Hossein et al obtenu dans une étude réalisée en Iran. De même, ces deux études ont eu des résultats similaires en ce qui concerne le manque de local pour les séances d'ETP, le manque de formation en ETP, le manque de collaboration de la part de l'administration hospitalière, le bas

niveau d'éducation des patients[44]. Toutes ces similitudes pourraient être due au fait que l'Iran et le Cameroun, sont tous deux des pays en développement.

Comme autre barrière à l'implémentation de l'ETP, cette étude fait ressortir le manque de ressources financières, et les croyances des patients. Ces résultats sont corroborés par les résultats de l'étude de Amélie Mogueo et Barthelemy Kuate Defo, réalisée au Cameroun et publié en 2022[78]. Ces similitudes peuvent être expliquées par le fait que les deux populations partagent les même réalités socioéconomiques et culturelles.

Les facteurs facilitants l'ETP les plus fréquent étaient l'optimisme et le rôle professionnel des soignants, et la reconnaissance des patients. Ce qui n'est pas suffisant pour réaliser une ETP de qualité, néanmoins constitue une base sur laquelle travailler. Ce résultat diffère de celui de Mogueo et Defo[78] qui faisait mention de la diversité des outils et moyens d'éducation. Cette différence peut être due à la divergence des populations d'étude. En effet, Mogueo avait comme population d'étude les patients et garde-malades, tandis que celle de cette étude concerne le personnel soignant et ces deux études ont été réalisées dans deux régions différentes. Ce qui pourrait suggérer que la disponibilité des ressources pourrait différer d'une région à une autre, et peut être même les pratiques.

Comme situation idéale souhaitée, cette étude révèle le désir qu'a le personnel soignant d'avoir des collègues spécialement formés pour l'ETP, qui auront pour rôle non seulement de réaliser des séances d'ETP, mais aussi de former et évaluer les soignants des autres services, en matière d'ETP. Cette étude a aussi révélé un désir de formation et l'ouverture d'une salle dédiée à l'ETP. Ce résultat est similaire à celui de Hossein et al. Ce qui peut s'expliquer par le fait que ces deux études avaient révélé les mêmes freins aux pratiques d'ETP[44].

Malgré la volonté de quelques soignants de se décharger de l'ETP en créant un service qui se chargerait de toutes les séances d'ETP de la formation sanitaire, il est important de noter que la quasi-totalité des participants ont recours à une ETP en cas d'échec du traitement, ou plutôt en cas de manquement à leurs objectifs. Ce qui renforce l'idée selon laquelle ces professionnels seraient ouvert à l'idée de se faire former en éducation thérapeutique, afin de bien la réaliser le cas échéant, voir même l'intégrer complètement au processus de soins comme il est recommandé.

V. Forces et limites de l'étude

V.1. Forces

La force de cette étude est que tous les entretiens ont été réalisés par le même enquêteur, limitant ainsi les biais d'informations. Un autre point fort est qu'elle touchait plusieurs niveaux de la pyramide sanitaire du Cameroun, donnant ainsi une vision plus globale des pratiques d'ETP.

V.2. Limites

- Cette étude n'incluait pas les aides-soignants dans sa population. Or au Cameroun, une bonne partie des soignants sont des aides-soignants embauchés en tant que infirmiers. Aussi, les séances d'ETP dans les programmes de VIH sont principalement réalisées par les accompagnateurs psychosociaux qui en réalité sont des aides-soignants.
- Les soignants occupants des postes administratifs n'ont pas pu être interrogés, faute de disponibilité de leur part dans les délais qui m'étaient impartis. Or le nombre passages dans les formations sanitaires a été multiplié afin de palier à ce problème, ce qui n'a pas été efficace dans toutes les formations sanitaires. Ceci pourrait constituer un biais d'échantillonnage.
- Biais de désirabilité sociale, certains soignants ont déclarés éduquer tous leurs patients or lors les séances d'observations nous ont révélé que l'éducation en réalité était surtout pratiqué en cas d'échec de traitement, ou lorsque le patient avait des interrogations.
- Ces résultats ne sont basés que sur les dires des soignant, donc pas toujours objectifs.

V.3. Perspectives

Une étude à grande échelle, dans toutes les régions du Cameroun devrait être réalisé, afin de mieux comprendre les pratiques et d'identifier tous les facteurs influençant ces pratiques. Même si la culture et le système sont les même dans l'étendue du territoire camerounais, l'organisation de ce système-là n'est pas la même dans toutes les régions, les croyances non plus.

Il existe très peu d'études réalisées en ETP dans les pays en développement à ce jour. 97, 82% des études publiés en ETP étaient réalisées par les auteurs résident dans les pays développés[79]. D'autres études devraient être réalisées dans d'autres pays en développement, permettant d'augmenter les richesses scientifiques en matière d'ETP dans ces régions du monde et donnant ainsi plus de pistes de solutions aux problèmes rencontrés.

Nous recommandons après réalisation d'autres études et surtout quantitatives pour confirmer ces résultats et s'assurer de leur généralisation :

- Au ministère de la santé publique :
 1. De créer plus de programmes d'éducation thérapeutique à travers le pays et de veiller à ce que l'existence de ces programmes soit connue de toute la population.
 2. De mettre sur pied un système de financement des soins plus souple pour la population, tel qu'une réduction des frais de santé pour les classes sociales les plus basses.
 3. Former et embaucher plus de personnel dans les régions où cela est nécessaire.
 4. Organiser des campagnes de sensibilisation de la population et des soignants sur l'éducation thérapeutique.
- A l'administration de chaque formation sanitaire :
 1. Organiser des formations annuelles de mise à niveau ou de recyclage d'ETP pour le personnel soignant.
 2. Inclure des soignants et même les patients ou des représentants syndicaux dans les prises de décision.
 3. Mettre une salle à disposition du personnel pour les séances d'ETP de groupe.
 4. Investir dans du matériel pédagogique pour les séances d'ETP.
- Au personnel soignant :
 1. D'inclure l'ETP comme partie intégrante des soins de santé.
 2. Inclure le patient dans toutes les décisions de santé le concernant, l'écouter et tenir compte de ses besoins et de ses priorités.
- Aux patients : Devenir acteurs de leur propre santé.
- Ministère de l'éducation supérieure : inclure des cours d'ETP dans le programme de formation des soignants en années cliniques et affecter un formateur par hôpital universitaire.

VI. conclusion

Les maladies chroniques constituent un défi de santé publique important, car elles ont des effets néfastes non seulement sur les ressources financières du pays et sur les patients eux-mêmes, mais également sur la qualité de vie globale de ces personnes. L'éducation thérapeutique des patients (ETP) a été reconnue comme une intervention exemplaire, qui permet d'améliorer la qualité de vie des patients tout en contribuant à la réduction des dépenses de santé.

Les résultats de cette enquête indiquent qu'un nombre considérable de soignants ont une compréhension assez limitée de ce qu'implique l'ETP, ce qui conduit à une application restreinte de cette approche pédagogique. De nombreux soignants limitent l'ETP à la simple diffusion d'informations et de conseils, rencontrant ainsi des difficultés considérables pour transcender les pratiques curatives traditionnelles pour intégrer des dimensions psychosociales et éducatives. En outre, cette étude souligne la lacune notable de la collaboration interdisciplinaire, qui est cruciale non seulement pour la prestation efficace de l'éducation thérapeutique, mais également pour les soins curatifs holistiques, engendrant un sentiment de sécurité pour les soignants grâce à une répartition équitable des responsabilités. En outre, il devient évident que leurs pratiques en matière d'éducation thérapeutique des patients sont façonnées par une série d'obstacles, notamment : la structure du financement des soins de santé, l'indifférence dont font preuve certains patients et même certains soignants, le manque de connaissances dans ce domaine, des croyances bien ancrées, des facteurs culturels, une formation inadéquate dans ce domaine et une pénurie importante de ressources, englobant les dimensions financières, matérielles et humaines.

Néanmoins, il met également l'accent sur l'efficacité des pratiques de surveillance à distance, qui renforcent la confiance des patients et améliorent ainsi la relation médecin-patient. La majorité des participants à cette étude expriment un vif intérêt à suivre une formation sur l'ETP et plaident en faveur de la création d'un département dédié à ces pratiques au sein de leurs établissements de santé. Par conséquent, la fourniture d'une éducation de qualité nécessite un engagement plus profond de la part de l'ensemble de la population camerounaise, y compris les entités gouvernementales, les patients et les parties prenantes, à travers la mise en œuvre d'initiatives de sensibilisation et un développement professionnel continu.

VII. Bibliographie :

1. Domnariu CD. CHRONIC DISEASES – A WORLDWIDE AND EUROPEAN PUBLIC HEALTH ISSUE.
2. Piot P, Ebrahim S. Prevention and control of chronic diseases. *BMJ*. 15 nov 2010;341:c4865.
3. Yach D, Leeder SR, Bell J, Kistnasamy B. Global Chronic Diseases. *Science*. 21 janv 2005;307(5708):317-317.
4. Schmidt H. Chronic Disease Prevention and Health Promotion. In: H. Barrett D, W. Ortmann L, Dawson A, Saenz C, Reis A, Bolan G, éditeurs. *Public Health Ethics: Cases Spanning the Globe* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2016 [cité 14 août 2024]. p. 137-76. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-3-319-23847-0_5
5. Hacker K. The Burden of Chronic Disease. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 1 févr 2024;8(1):112-9.
6. Ouksel H, Chambouleyron M, Grosbois JM, Surpas P, Lino A, Kermelly SB, et al. Éducation thérapeutique du patient au cours de la réadaptation respiratoire. *Rev Mal Respir*. 1 févr 2022;39(2):152-69.
7. [The place of therapeutic education in the care of the sickle cell patient]. *Rev Infirm*. 1 janv 2022;71 277(277):27-8.
8. Les 10 principales causes de mortalité [Internet]. [cité 22 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
9. Vieillesse et santé [Internet]. [cité 22 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
10. 9789289055987-fre.pdf [Internet]. [cité 22 mai 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345371/9789289055987-fre.pdf?sequence=1>
11. Tuffrey C. How can paediatric teams best respond to growing need with limited resources? *Dev Med Child Neurol*. 2024;66(6):677-8.
12. Albalwei HSS. Maximization of Resources in Health Care Facilities: Simple Review Article. *Haya Saudi J Life Sci*. 23 déc 2022;7(12):344-51.
13. Холявин А, Звонарёва О. The Expertise of Patient Organisations: Making Patients' Voices Heard. *Журнал Исследований Социальной Политики*. 28 juill 2022;20(2):335-46.
14. Fienieg B, Nierkens V, Tonkens E, Plochg T, Stronks K. Why play an active role? A qualitative examination of lay citizens' main motives for participation in health promotion. *Health Promot Int*. 1 sept 2012;27(3):416-26.
15. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Theory, Research, and Practice*. :590.

16. Henderson ML, Adler JT, Van Pilsum Rasmussen SE, Thomas AG, Herron PD, Waldram MM, et al. How Should Social Media Be Used in Transplantation? A Survey of The American Society of Transplant Surgeons. *Transplantation*. mars 2019;103(3):573-80.
17. Dutta-Bergman M. Trusted Online Sources of Health Information: Differences in Demographics, Health Beliefs, and Health-Information Orientation. *J Med Internet Res*. 25 sept 2003;5(3):e21.
18. *methodo_approche.pdf* [Internet]. [cité 24 mai 2023]. Disponible sur: https://www.irepsara.org/publications/tababox/PDF/Fiches-methodo/methodo_approche.pdf
19. Phillips SA, Zorn MJ. Assessing consumer health information needs in a community hospital. *Bull Med Libr Assoc*. juill 1994;82(3):288-93.
20. Maladies non transmissibles [Internet]. [cité 22 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases>
21. Tourette-Turgis C, Thievenaz J. L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche. *Savoirs*. 2014;35(2):9-48.
22. Lagger G, Pataky Z, Golay A. Efficacité de l'éducation thérapeutique. *Rev Médicale Suisse*. 2009;
23. Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 3 mars 2023]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0738399115301166?token=C45D1BA369B403592762A36B1608B6CCFA5ACE832D4EB80400B07F62443E59760528B63FF1ADBDC2570277E6D3404405&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230303154044>
24. Spångeus A, Willerton C, Enthoven P, Grahn Kronhed AC. Patient Education Improves Pain and Health-Related Quality of Life in Patients with Established Spinal Osteoporosis in Primary Care—A Pilot Study of Short- and Long-Term Effects. *Int J Environ Res Public Health*. janv 2023;20(6):4933.
25. La prévention est le meilleur moyen de lutter contre les maladies non transmissibles [Internet]. [cité 22 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/prevention-is-best-option-to-tackle-noncommunicable-diseases>
26. van Ballegoie C, Heroux D, Hoang P, Garg S. Assessing the Functional Accessibility, Actionability, and Quality of Patient Education Materials from Canadian Cancer Agencies. *Curr Oncol*. févr 2023;30(2):1439-49.
27. Skelton SL, Waterman AD, Davis LA, Peipert JD, Fish AF. Applying Best Practices to Designing Patient Education for Patients with End-Stage Renal Disease Pursuing Kidney Transplant. *Prog Transplant*. 1 mars 2015;25(1):77-90.
28. Bertran-Luengo MJ, Jansà-Morató M, Vidal-Flor M, Núñez-Juárez M, Isla-Pera P, Escarrabill-Sanglas J. Methodological guidelines for preparing a structured therapeutic education program: From design to evaluation. *Rev Clínica Esp Engl Ed*. 1 oct 2021;221(8):448-55.

29. Heutte N, Abouzayd M, Plisson L, Trocmé M, Seillier M, Christophe V, et al. French Therapeutic Education Programme Aimed at Improving the Quality of Life of Laryngectomised Patients and their Close Relations: the Three Stages (Observational and Interventional Randomised) of the Study "PETAL". *J Cancer Educ.* 1 août 2019;34(4):823-30.
30. HAS-Fiche-résumé-L-ETP-en-15-questions-réponses.pdf.pdf [Internet]. [cité 8 août 2024]. Disponible sur: <https://www.chu-bordeaux.fr/Professionnels-recherche/Education-th%C3%A9rapeutique/Cadre-r%C3%A8glementaire/HAS-Fiche-r%C3%A9sum%C3%A9-L-ETP-en-15-questions-r%C3%A9ponses.pdf/>
31. Therapeutic education of the diabetic patient. *Rev Médicale Liège.* 1 mai 2005;60:599-603.
32. Jette DU, Nelson L, Palaima M, Wetherbee E. How Do We Improve Quality in Clinical Education? Examination of Structures, Processes, and Outcomes. *J Phys Ther Educ.* 2014;28:6.
33. Pauchet-Traversat AF. ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT.
34. counseling [Internet]. [cité 7 déc 2023]. Disponible sur: <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8872132/counseling>
35. Mash RJ, Cairncross J. Comprehensive patient education and counselling for non-communicable diseases in primary care, Western Cape. *South Afr Fam Pract.* 10 févr 2023;65(1):5634.
36. Park HS, Lee SH, Shim JY, Cho JJ, Shin HC, Park JY. The physicians' recognition and attitude about patient education in practice. *J Korean Med Sci.* oct 1996;11(5):422-8.
37. Park HS, Lee SH, Shim JY, Cho JJ, Shin HC, Park JY. The physicians' recognition and attitude about patient education in practice. *J Korean Med Sci.* 1 oct 1996;11(5):422-8.
38. Souqiyeh MZ, Shaheen FAM. The Attitude of Physicians towards Education and Rehabilitation of Patients on Chronic Dialysis: A Questionnaire Survey. :9.
39. Brotons C, Bj C, Jurgova E, Kloppe P, Lionis C, Mierzecki A, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med.* 2005;7.
40. Ishikawa H, Eto M, Kitamura K, Kiuchi T. Resident physicians' attitudes and confidence in communicating with patients: A pilot study at a Japanese university hospital. *Patient Educ Couns.* sept 2014;96(3):361-6.
41. Melariri HI, Kalinda C, Chimbari MJ. Training, Attitudes, and Practice (TAP) among healthcare professionals in the Nelson Mandela Bay municipality, South Africa: A health promotion and disease prevention perspective. *PLOS ONE.* 24 nov 2021;16(11):e0259884.
42. Brotons C, Bulc M, Sammut MR, Sheehan M, Manuel da Silva Martins C, Bjorkelund C, et al. Attitudes toward preventive services and lifestyle: the views of primary care patients in Europe. The EUROPREVIEW patient study. *Fam Pract.* 1 avr 2012;29(suppl 1):i168-76.

43. Cornuz J. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Fam Pract.* 1 déc 2000;17(6):535-40.
44. Moonaghi HK, Zeydi AE, Mirhaghi A. Patient education among nurses: bringing evidence into clinical applicability in Iran. *Investig Educ En Enferm* [Internet]. 29 févr 2016 [cité 28 nov 2023];34(1). Disponible sur: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/25998>
45. Mise en œuvre d'un programme d'éducation thérapeutique en PTME et pédiatrie au Cameroun · devsante.org [Internet]. [cité 25 mai 2023]. Disponible sur: <https://devsante.org/articles/mise-en-oeuvre-d-un-programme-d-education-therapeutique-en-ptme-et-pediatrie-au-cameroun/>
46. Crismer A, Belche JL, Van der Venet JL. Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne. *Santé Publique.* 2016;28(3):375-9.
47. étrangères M de l'Europe et des A. Présentation du Cameroun [Internet]. France Diplomatie - Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/cameroun/presentation-du-cameroun/>
48. Population camerounaise : 28 millions d'opportunités [Internet]. [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.cameroon-tribune.cm/article.html/57645/fr.html/population-camerounaise-28-millions-dopportunités>
49. *Strategies_spatiales_002_Mars-Avril_2019.pdf* [Internet]. [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: https://www.geostrategies.net/wp-content/uploads/2019/10/Strategies_spatiales_002_Mars-Avril_2019.pdf
50. Okalla R, Le Vigouroux A. Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire. *Bull APAD* [Internet]. 1 juin 2001 [cité 11 oct 2023];(21). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/apad/181>
51. *ccsbrief_cmr_fr.pdf* [Internet]. [cité 25 mai 2023]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137093/ccsbrief_cmr_fr.pdf;sequence=1
52. *SSS_french.pdf* [Internet]. [cité 18 oct 2023]. Disponible sur: https://www.minsante.cm/site/sites/default/files/SSS_french.pdf
53. *RAPPORT THEMATIQUE CIS 2019.pdf* [Internet]. [cité 18 oct 2023]. Disponible sur: <http://cdns.minsante.cm/sites/default/files/RAPPORT%20THEMATIQUE%20CIS%202019.pdf>
54. Ordre National des Médecins du Cameroun (ONMC) - La Maison du Médecin [Internet]. Ordre National des Médecins du Cameroun. [cité 26 oct 2023]. Disponible sur: <https://onmc.cm/>
55. Cameroon:Mortality by cause of death/fr - NHO Cameroon [Internet]. [cité 21 mai 2023]. Disponible sur:

http://onsp.minsante.cm/profiles_information/index.php/Cameroon:Mortality_by_cause_of_death/fr

56. 1744-8603-6-6.pdf [Internet]. [cité 6 déc 2023]. Disponible sur: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/1744-8603-6-6.pdf>
57. L'éducation thérapeutique des personnes vivant avec le diabète de type 2 au Cameroun [Internet]. [cité 13 août 2023]. Disponible sur: <http://liseuse.harmattan.fr/index.asp?isbn=978-2-14-027280-6>
58. ministère de l'enseignement supérieur. programme harmonisé de la filière médicale au Cameroun. 2015.
59. Bullen B, Young M, McArdle C, Ellis M. Charcot neuroarthropathy patient education among podiatrists in Scotland: a modified Delphi approach. *J Foot Ankle Res.* 24 sept 2018;11:54.
60. Hseiki RA, Osman MH, El-Jarrah RT, Hamadeh GN, Lakkis NA. Knowledge, attitude and practice of Lebanese primary care physicians in nutrition counseling: a self-reported survey. *Prim Health Care Res Dev.* nov 2017;18(06):629-34.
61. Jiwa M, McManus A, Dadich A. The impact of knowledge, attitudes and beliefs on the engagement of primary and community-based healthcare professionals in cancer care: a literature review. *Curr Med Res Opin.* nov 2013;29(11):1475-82.
62. Pétré B, Degrange S, Tittaferante S, Legrand C, Vanmeerbeek M, Froidcoeur X, et al. [Hospital and general therapeutic patient education practices: example of diabetes and obesity in Belgium]. *Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr.* 2016;28(3):287-98.
63. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. *Obésité.* mars 2009;4(1):39-43.
64. Masson E. Traitement des maladies de longue durée : du passage de l'aigu au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, une autre prise en charge [Internet]. *EM-Consulte.* [cité 8 août 2024]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/707040/traitement-des-maladies-de-longue-duree-du-passage>
65. Ierson KV. Talking About Professionalism Through the Lens of Professional Identity. *AEM Educ Train.* 2019;3(1):105-12.
66. Sarraf-Yazdi S, Goh S, Krishna L. Conceptualizing Professional Identity Formation in Medicine. *Acad Med.* mars 2024;99(3):343.
67. Schrewe B, Bates J, Pratt D, Ruitenberg CW, McKellin WH. The Big D(eal): professional identity through discursive constructions of 'patient'. *Med Educ.* 2017;51(6):656-68.
68. Description of The Professional Identity of First-Level Clinical Medical Students and The Various Factors That Facilitate Its Formation. *J Pendidik Kedokt Indones.* 11 juin 2024;13(2):146-146.
69. Kouo-Ngamby M, Dissak-Delon FN, Feldhaus I, Juillard C, Stevens KA, Ekeke-Monono M. A cross-sectional survey of emergency and essential surgical care capacity among hospitals

- with high trauma burden in a Central African country. *BMC Health Serv Res.* 23 oct 2015;15(1):478.
70. The origin and development of emergency regimes in Cameroon. *Fundamina J Leg Hist.* 1 janv 2015;21(2):289-312.
 71. O'Connor K, Driban M, Oke R, Dissak-Delon FN, Tanjong SMM, Mirene T, et al. Bystander intervention is associated with reduced early mortality among injury victims in Cameroon. *PLOS Glob Public Health.* 11 juill 2024;4(7):e0002875.
 72. d'Ivernois JF, Gagnayre R. Éducation thérapeutique chez les patients pluripathologiques Propositions pour la conception de nouveaux programmes d'ETP. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ.* juin 2013;5(1):201-4.
 73. Diagnostic éducatif2.
 74. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Rev Mal Respir.* févr 2005;22(1):31-4.
 75. Nahyeni B, Bongkisheru T, Ebob-Anya BA, Nji G, Ginyu K. A Cross-sectional Study of Nurses' Practice of Patient Education in Four Healthcare Facilities in Buea, Cameroon. 22 juin 2020;
 76. Careers, Identities and Professionalization. a Study on Doctors about Their Social Representations Related to the Labor Market Today and its Foreseeable Future. *Eur J Interdiscip Stud.* 1 oct 2023;9(2):1-8.
 77. D'Ivernois JF, Gagnayre R, Assal JP, Golay A, Libion F, Deccache A. Evaluation of therapeutic patient education. 23 nov 2006;
 78. Mogueo A, Defo BK. Patients' and family caregivers' experiences and perceptions about factors hampering or facilitating patient empowerment for self-management of hypertension and diabetes in Cameroon. *BMC Health Serv Res.* 21 nov 2022;22(1):1381.
 79. Correia JC, Waqas A, Aujoulat I, Davies MJ, Assal JP, Golay A, et al. Evolution of Therapeutic Patient Education: A Systematic Scoping Review and Scientometric Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* janv 2022;19(10):6128.

ANNEXES

Annexe A :

Introduction :

Tout d'abord, je voulais vous remercier de bien vouloir participer à cette étude.

Comme convenu, nous sommes ici aujourd'hui pour réaliser un entretien dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. Pour rappel, il s'intitule « PRATIQUES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT PAR LE PERSONNEL SOIGNANT DU DISTRICT DE DEIDO ET FACTEURS INFLUENÇANT SON IMPLEMENTATION » et vos réponses nous permettront de mieux comprendre les défis et les opportunités liées à la mise en œuvre de l'ETP.

Nous tenons à rappeler que la réalisation de cette étude est soumise au RGPD, notamment en veillant au respect de la confidentialité de celui-ci et en vous garantissant l'anonymat.

(Vérifier le remplissage et la signature du formulaire d'information et de consentement + autorisation d'enregistrer signé)

L'entretien peut durer entre 30' et 1h. Durant ce moment, je vais vous poser différentes questions qui s'intéressent à votre expérience. Il n'y a donc pas de bonne ou de mauvaise réponse.

A ce stade, vous reste-il des questions ou des précisions à apporter concernant le déroulé de l'entretien ?

Caractéristiques socio-démographiques :

Genre

Profession (infirmier, médecin généraliste, médecin spécialiste et spécialisation)

FOSA

Années d'expérience

Public(s) pris en charge dans l'exercice de vos fonctions (enfants, adolescents, adultes)

Type de maladies chroniques prises en charge. (diabète, HTA, épilepsie, asthme, cancer, insuffisance cardiaque ou rénale, HIV, tuberculose, cirrhose etc...)

Formation en ETP ? si oui, il y a combien de temps et dans quelles circonstances ?

Recommandations de bonnes pratiques en ETP :

Racontez-moi le parcours type d'un patient chronique

1) Diagnostique éducatif :

- Comment cela se passe-t-il quand vous rencontrez un patient pour la 1ère fois ?
Quel type d'informations cherchez-vous à obtenir lors de la 1ère rencontre ?

- Comment accompagnez-vous les patients souffrant de maladies chroniques durant leur prise en charge pour les aider à faire face aux adaptations à mener dans leur vie quotidienne ?
- Quels éléments prenez-vous en compte pour définir les sujets que vous allez aborder lors des séances ?

A quel moment réalisez-vous l'ETP ? Est-ce pendant les consultations, pendant des séances particulières et programmées, ou juste quand le patient vient pour une visite médicale ?

2) Définition des objectifs :

- Comment fixez-vous des objectifs ? de quel ordre sont-ils (cliniques ou éducatifs) ?

3) Planification et mise en œuvre :

- Quels sont les intervenants habituels qui accompagnent ces patients chroniques ? Comment la coordination entre intervenants est-elle organisée ? Comment est organisé le partage d'informations entre les différents intervenants ?
- Comment les séances d'éducation des patients sont-elles organisées ? combien de séances ?
- Utilisez-vous des outils ou supports pour aider à l'éducation ? sont-ils personnalisés ? lesquels ?
- Comment les séances éducatives sont-elles adaptées à la situation des patients
- Est-ce que l'entourage du patient est concerné par ces pratiques éducatives ? Si oui, comment ?

4) Evaluation :

- Évaluez-vous l'atteinte de ces objectifs ? comment ? avec quelle temporalité ?
- Quels sont ceux qui participent à l'élaboration et l'évaluation de ces objectifs ?
- Dans quelle mesure, les évaluations vous conduisent-elles à une auto-évaluation ? Existe-t-il des carnets de notes de progression de chaque séance d'éducation ? Quel mécanisme de régulation utilisez-vous lorsqu'une méthode d'éducation ne fonctionne pas

Facteurs influençant l'implémentation de l'ETP

1. **Situation actuelle :** Quel est votre ressenti face à la situation/aux pratiques précédemment décrite ? est vous satisfait ?
2. **Freins et leviers :** Que pensez-vous de l'ETP ?

Quels sont selon vous les principaux facteurs de motivation pour les professionnels de la santé à pratiquer l'ETP ?

Quels sont les principaux obstacles que vous avez rencontré dans l'exercice de cette fonction d'éducateur thérapeutique ?

a) Individuels :

• **Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique selon vous ?**

- Avez-vous un rôle à jouer dans l'éducation des patients ? si oui, jusqu'où s'étend-il ?

b) Organisationnels :

- Est-ce que ce type de pratique est soutenu par l'organisation ou est laissé à l'appréciation de chaque professionnel, ... ?
- De quelle ressource disposez-vous dans votre organisation ? au niveau matériel, humain et financier.
- Bénéficiez-vous d'une quelconque forme de reconnaissance (financière, verbale) de la part de vos collègues, dirigeants ou patients pour ces pratiques d'ETP ? si oui lesquelles ?

c) Structurels :

- Selon-vous, quelle est la place actuelle de l'ETP dans votre société ?
- Comment les aspects culturels, sociaux ou économiques influencent-ils la mise en œuvre de l'ETP ?

3. **Situation idéale :**

- Quelle est la place attendue de l'ETP dans les parcours de soins des malades ?
- Dans un monde idéal, quel serait pour vous l'accompagnement éducatif des patients ?

- Qu'est-ce que pour vous un accompagnement éducatif idéal des patients ?

Conclusion :

Nous arrivons au terme de cette entrevue.

Y a-t-il quelque chose que vous souhaitez ajouter et qu'on n'a pas abordé lors de l'entretien ?

Je vous remercie pour votre disponibilité et votre clarté. Vos perspectives sont précieuses pour mieux comprendre les facteurs influençant l'implémentation de l'ETP.

Annexe B : clearance éthique Université de Liège

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



Sart Tilman, le 23/01/2024

Madame le **Prof. A-F. DONNEAU**
Madame **Luressse MAYO MINSE**
Service des **SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE**
CHU B23

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf: 2024/9

"Pratiques du personnel soignant de la ville de Douala en matière de l'éducation thérapeutique des patients et facteurs influençant son implémentation. "
Protocole : v1

Cher 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, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. D. LEDOUX
Président du Comité d'Ethique

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE
Président : Professeur D. LEDOUX
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET
Secrétariat administratif : 04/323.21.58
Coordination scientifique: 04/323.22.65
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Annexe C : autorisation comité d'éthique littoral

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

DELEGATION REGIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE
DU LITTORAL
LITTORAL REGIONAL DELEGATION FOR PUBLIC
HEALTH

COMITE REGIONAL D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE
POUR LA SANTE HUMAINE DU LITTORAL
REGIONAL HUMAN HEALTH RESEARCH ETHICS
COMMITTEE FOR THE LITTORAL

crersh littoral@gmail.com

**COMITE REGIONAL D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE
POUR LA SANTE HUMAINE DU LITTORAL**

Arrêté N° 0977/AMINSANTE/ESP/SG/DROS/ du 18 avril 2012 portant création, organisation et fonctionnement des comités d'éthique de la recherche pour la santé humaine au sein des structures relevant du Ministère en charge de la santé publique

N° 2024/ ~~CC~~CE/CRERSH-LITTORAL Douala, le 29 mai 2024

CLAIRANCE ETHIQUE

Le Comité Régional d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine (CRERSH), en sa session ordinaire du 29 mai 2024, a examiné le projet de recherche intitulé : « **Pratiques d'éducation thérapeutique du personnel soignant du district de Deido et facteurs influençant son implémentation** » soumis par Mr/Mme MAYO MINSE Lucresse, Investigateur Principal ; étudiante en Médecine à l'Université de Liège.

Le projet est d'un grand intérêt scientifique et social. L'objectif général de cette étude est **« Explorer et comprendre les pratiques d'éducation thérapeutique du personnel soignant du district de Deido »**. La procédure de l'étude est bien documentée et claire. Les risques liés à l'étude sont précisés ainsi que les mesures pour les éviter et les minimiser. La notice d'information et le formulaire de consentement éclairé, en anglais, sont bien élaborés et simples à comprendre. Les mesures prises pour garantir la confidentialité des données collectées sont présentes dans le document. Les CVs des Investigateurs les décrivent comme des personnes compétentes, capables de mener à bien cette étude. Pour toutes ces raisons, le Comité Régional d'Ethique approuve pour une durée d'un an, la mise en œuvre de la présente version du protocole.

Les investigateurs sont responsables du respect scrupuleux du protocole approuvé et ne devraient y apporter aucun amendement aussi mineur soit-il, sans avis favorable du CRERSH. Les investigateurs sont appelés à collaborer pour toute descente du CRERSH pour le suivi de la mise en œuvre du protocole approuvé. Le rapport final du projet devra être soumis au CRERSH et aux autorités sanitaires du Cameroun.

La présente clairance peut être retirée en cas de non-respect de la réglementation en vigueur et des recommandations susmentionnées.

En foi de quoi, la présente clairance éthique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.





Amplification

- CNERSH
- MINSANTE

N.B : cette autorisation éthique ne vous dispense pas de l'avis de la Commission Nationale de Recherche (AAR), exigée pour mener cette étude sur le territoire camerounais. Cette dernière vous sera délivrée par le Ministère de la Santé Publique ou son représentant territorialement compétent.

Annexe D : autorisation délégation régional de la santé du Littoral

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
REGIONAL DELEGATION
FOR LITTORAL
Po. Box 106 Douala, Tél. : 233.42.29.66 - 233.42.17.60
E-mail : dpsplittoral@yahoo.fr

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
DÉLÉGATION RÉGIONALE
DU LITTORAL
B.P 106 Douala, Tél. : 233.42.29.66 - 233.42.17.60
E-mail : dpsplittoral@yahoo.fr

N° **0113** /AR/MINSANTE/DRSPL/BCASS

AUTORISATION DE RECHERCHE

Mademoiselle MAYO MINSE Lucesse, étudiante en Master 2, Santé Publique de l'Université de Liège en Belgique, est autorisée à effectuer des travaux de recherche dans les Institutions Hospitalières du District de Santé de Deido, pour une durée de trois (03) mois, allant de Mars à Mai 2024 sur le thème : « *Pratique d'éducation thérapeutique du personnel soignant du District de Santé de Deido et facteurs influençant son implémentation* » en vue de la rédaction de son mémoire de fin de formation.

La présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Douala, le **20 MARS 2024**

Le Délégué Régional de la Santé Publique du Littoral
The Regional Delegate for the Littoral Public Health
Dr. **BIDJANG Robert Mathurin**

Ampliations :

- MINSANTE
- CDS DEIDO
- DH DEIDO
- CONCERNEE
- ARCHIVES/CHRONO

Annexe E : autorisation directeurs formations sanitaires

REPUBLICQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DELEGATION REGIONALE DE LA SANTE
SERVICE DE SANTE DE DISTRICT DE DEIDO
HOPITAL DE DISTRICT DE DEIDO

BP : 8037 Douala / Tel : 33 41 36 32 /33 40 44 52
E.Mail : hddeido@yahoo.fr

HD

DEÏDO

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
REGIONAL DELEGATION FOR LITTORAL
DISTRICT HEALTH SERVICE OF DEIDO
DEIDO DISTRICT HOSPITAL

BP : 8037 Douala / Tel : 33 41 36 32 /33 40 44 52
E.Mail : hddeido@yahoo.fr

N° 369 / AR/MINSANTE/DRSPL/SSDD/HDD

AUTORISATION DE RECHERCHE

Madame **MAYO MINSE LUCRESSE**, étudiante en 2^{ème} année Master en Science de la Santé Publique Finalité Spécialisée en Promotion de la Santé et Epidémiologie et Economie de la Santé à l'université de LIEGE est autorisée à effectuer une recherche au sein de notre formation sanitaire sous le thème « **pratique d'éducation thérapeutique du personnel soignant du district de Deïdo et facteurs influençant son implémentation** » Du 04 Mars au 30 Avril 2024 soit deux (02) mois de recherche.

L'intéressé devra se conformer à la réglementation en vigueur et à la discipline au sein de l'hôpital.

La présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

23 AVR 2024

Douala le _____

Ampliations

- DRSPL
- CM
- SG
- Chef de service
- Majors
- Intéressé
- Archives/chrono.

**Le Directeur de l'Hôpital
de District de Deïdo**


B SERVAIS
GRÉGÈRE D'HEPATO-GASTROENTEROLOGIE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
PAIX – TRAVAIL – PATRIE
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DIRECTION HOPITAL LAQUINTINIE



REPUBLIC OF CAMEROON
PEACE – WORK – FATHERLAND
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
HEAD OFFICE OF THE LAQUINTINIE
HOSPITAL
ASSISTANT MEDICAL ADVISER.

BP : 4035 DOUALA – CAMEROUN
TEL/FAX : (237) 33 42 15 40
Email : hopital_laquintinie@yahoo.fr

BP : 4035 DOUALA – CAMEROON
TEL/FAX : (237) 33 42 15 40
Email : hopital_laquintinie@yahoo.fr

N° 006 /AR/MINSANTE/DHL/CMA

AUTORISATION DE RECHERCHE

MAYO MINSE Lucesse, étudiante en Master 2, Santé Publique à l'Université de Liège en Belgique est autorisée à effectuer ses travaux de recherche dans plusieurs Départements (DEMED, DEGYNOB, DESPLUD, DECHIDAF, DEPED) de l'Hôpital Laquintinie de Douala pour la période de deux (2) mois allant du 11 mars 2024 au 10 Mai 2024 sur le thème : « Pratique d'Education Thérapeutique du Personnel Soignant du District de Santé de Deido et Facteurs Influençant son Implémentation » sous la supervision des Chefs des Départements : Pr KUATE TEGUEU Callixte, Médecin Neurologue ; Dr MOUKOURI SAME Gertrude, Médecin Gynécologue Obstétricien ; Dr BALEPNA Yves, Médecin Néphrologue ; Pr ENGBANG NDAMBA Jean Paul, Médecin Cancérologue ; Dr EPOSSE Charlotte, Médecin Pédiatre.

Toute publication de ce travail devra préserver les intérêts des personnels y ayant participé. Une copie sera transmise au Centre de Documentation pour archivage.

En foi de quoi, la présente Autorisation de Recherche est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Douala, le 25 MARS 2024

Ampliations :

- DHL
- Copie
- SG/Coordo Secteur
- CSP
- Superviseur
- Intéresse(e)
- Chrono/Archives

Le Directeur de l'Hôpital Laquintinie de Douala,
et par délégation le Conseiller Médical Adjointe

Dr KAMDEM KOUNGBA Joséphine

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
PAIX-TRAVAIL-PATRIE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

DELEGATION REGIONALE DU LITTORAL

DISTRICT SANTE DE DEIDO

CENTRE MEDICAL D'ARRONDISSEMENT DE BEPANDA



REPUBLIC OF CAMEROON
PEACE-WORK-FATHERLAND

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

REGIONAL DELEGATION OF LITTORAL

DEIDO HEALTH DISTRICT

SUB DIVISION MEDICAL CENTER OF BEPANDA

N°³⁴ / LT/MINSANTE/DRSPL/DSD/CMAB

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Dr KWENTI FAI YENGO Franklin**, Médecin-Chef du Centre Médical d'Arrondissement de Bépanda (CMAB), autorise Mademoiselle **MAYO MINSE Lucretse**, étudiante en Master 2 sante publique à l'Université de Liège en Belgique, à effectuer des travaux de recherche dans le dit centre pour une période de deux (02) mois, allant du 25 Mars au 25 Mai 2024 sur le thème :« **Les pratiques d'éducation thérapeutique du personnel soignant du District de Deido et facteurs influençant son implémentation** » en vue de la rédaction de son mémoire de fin d'étude.

La présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Douala, le ^{21 MARS 2024}

LE MEDECIN CHEF

Dr KWENTI FAI YENGO Franklin

Ampliations

- DRSPL
- DSD

COPIE

- SG
- CMAB
- CONCERNEE



AUTORISATION DE RECHERCHE

N° 01240314 CEHMR2 - AR

Douala, le 14 Mars 2024

Le MEDECIN-CHEF
Au
Dr MAYO MINSE Lucretse
Étudiante en master de santé publique
À l'Université de Liège

Objet : V/Demande d'autorisation pour travaux de recherche à l'Hôpital Militaire de Région N°2

Madame,

J'accuse bonne réception de votre lettre du 05 Mars 2024 écoulé relative au sujet repris en marge.

Y faisant suite, j'ai le plaisir de vous confirmer que l'Hôpital Militaire de Région N°2 est disposé à vous accueillir et vous souhaite plein succès pour la réalisation de vos travaux.

Vous voudrez bien vous rapprocher du comité d'éthique pour les formalités.

Veillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments distingués.

DESTINATAIRES

- SG/HMR2
- CEHMR2
- Intéressée
- Archives / Chrono

Colonel Médecin **KOKI Godefroy**
Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire de Région N°2





COMITÉ D'ÉTHIQUE DE L'HÔPITAL MILITAIRE DE RÉGION N°2

N° 01240314 CEHMR2

Douala, le 14 Mars 2024

CLAIRANCE ÉTHIQUE

Le Comité d'Éthique de l'Hôpital Militaire de Région N°2 (CEHMR2) pour la session d'évaluation du **14 / 03 / 2024**, a examiné le projet de recherche intitulé « **Pratiques d'éducation thérapeutique du personnel soignant du district de Deido et facteurs influençant son implémentation** » soumis par **MAYO MINSE Lucretse**, étudiante en master de santé publique à l'**Université de Liège** sous la supervision du **Pr Benoit PETRE**.

Le présent projet de recherche a un intérêt scientifique clair et ne présente aucun risque pour ses participants. Les objectifs et la méthodologie de recherche sont clairement décrits. Le principe de confidentialité des données est respecté. L'expertise requise pour la supervision de la recherche est vérifiée. D'après les observations susmentionnées, le CEHMR2 approuve cette version du projet pour une période de **six (06) mois non renouvelables**.

Toutefois, **MAYO MINSE Lucretse** est responsable du respect scrupuleux de la méthodologie et de la considération éthique, et ne devrait pas la modifier sans l'approbation du CEHMR2, lequel se réserve le droit d'interrompre les travaux de recherche en cas de constatation de l'éloignement des objectifs initiaux. **Une copie de la thèse doit être remise au CEHMR2 à des fins d'archivage.**

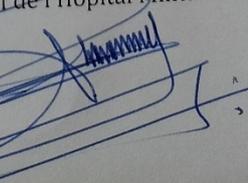
L'intéressée est avisée qu'elle est astreinte de l'obligation de réserve par rapport à toute information sensible dont elle pourrait avoir connaissance au cours de ses travaux et l'observation stricte des mesures de sécurité en vigueur au sein des casernes militaires.

La présente clairance éthique est délivrée pour servir le but pour lequel elle est présentée. Elle peut être annulée en cas de non-respect des recommandations ci-dessus.

Le Président
Colonel Médecin **SEPO SEPO**


Dr. Sepo S. David
Colonel - Médecin - Interniste
Hépatogastroentérologue
Service HGE - HMR II

Colonel Médecin **KOKI Godefroy**
Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire de Région N°2





Formulaire d'information et de consentement RGPD pour un travail de fin d'étude

Pratiques du personnel soignant du district de Deïdo en matière d'éducation thérapeutique des patients et facteurs influençant son implémentation

Ce formulaire d'information et de consentement RGPD présente une description de l'étude et des traitements de données à caractère personnel qui y sont associés.

Nous vous demandons de lire attentivement ce document. Si vous êtes d'accord de prendre part à cette étude, vous devrez signer ce document. Une copie datée de ce document vous sera remise. Après avoir donné votre consentement à participer, vous resterez libre de vous retirer de cette étude à tout moment, sans qu'aucune justification ne soit nécessaire.

Si vous avez d'autres questions ou préoccupations concernant le projet ou vos données à caractère personnel, ou si vous souhaitez retirer votre participation, vous êtes libre de contacter le ou les responsables du projet de recherche à tout moment au moyen des coordonnées figurant ci-dessous.

Responsable(s) du projet de recherche

Le promoteur de ce travail de fin d'étude est : **PR. BENOIT PETRE** Benoit.Petre@uliege.be

L'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude est : **MAYO MINSE** Lucesse.MayoMinse@student.uliege.be étudiante en master des sciences de santé publique.

Description de l'étude

Cette étude a pour but de :

- 3. Décrire les pratiques et perceptions du personnel soignant du district de Deïdo en matière d'accompagnement éducatif des patients.**
- 4. Identifier les facteurs limitant et favorisant l'implémentation de cet accompagnement éducatif par les cliniciens du district de Deïdo.**

Après l'obtention de votre consentement éclairé, les données seront collectées lors d'entretiens semi-dirigés, à l'aide d'un guide d'entretien qui explorera l'expérience vécue par les professionnels de santé du district de Deïdo en ce qui concerne l'accompagnement éducatif des patients au Cameroun. Ce guide se base sur les recommandations de bonne pratique faites par la Haute Autorité Sanitaire française (HAS) et du modèle TDF (« Theoretical Domains Framework »). Il contiendra également quelques questions socio-démographiques concernant : la profession, le genre, années d'expérience, public et maladies

chroniques prises en charge et la catégorie de la FOSA. La durée d'un entretien est estimée entre 30 minutes et 1h. Chaque entretien sera retranscrit dans son entièreté et enregistré de façon anonyme, et les enregistrements audios seront détruits immédiatement après. Le chercheur effectuera des séances d'observation lors des consultations (au moins une par profession dans chaque FOSA), ce qui apportera par la même occasion, plus de matière à notre travail.

Vous devez savoir que, si vous acceptez de participer à cette étude :

- Cette étude de recherche a été soumise à l'avis du comité d'éthique du Master en Sciences de la Santé publique à l'Université de Liège et de celui de la délégation régionale du Littoral au Cameroun.
- Votre participation est volontaire et doit être libre de toute contrainte. Pour exprimer votre consentement, il est nécessaire de signer le présent document.
- Toutes les informations recueillies sont confidentielles. Votre anonymat est garanti, aucun nom ou information capable d'identifier des participantes ne sera mentionné dans cette étude.
- Des extraits du verbatim des entretiens peuvent être utilisés dans les résultats, mais toujours en respectant l'anonymat des participants sans qu'aucune information ne puisse identifier le participant.
- Toutes les activités se dérouleront au sein de votre formation sanitaire.
- En acceptant de participer à cette étude, vous consentez également à l'enregistrement audio de l'entretien semi dirigé.
- Si vous acceptez de participer à cette étude, nous vous demandons de collaborer au bon déroulement de cette étude.

Cette étude sera menée, sauf prolongation, jusqu'à la fin de l'année académique **2023-2024**.

Protection des données à caractère personnel

Le ou les responsables du projet prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données à caractère personnel, conformément au *Règlement général sur la protection des données* (RGPD – UE 2016/679) et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel

Qui est le responsable du traitement ?

Le Responsable du Traitement est l'Université de Liège, dont le siège est établi Place du 20-Août, 7, B- 4000 Liège, Belgique.

Quelles seront les données collectées ?

Les données récoltées sont :

La profession, le genre, années d'expérience, public et maladies chroniques prises en charge et la catégorie de la FOSA, pratiques d'éducation thérapeutique et facteurs influençant objectivés et/ou mentionnés lors des entretiens.

Notes d'observation du comportement, de l'ambiance et des discours seront notées dans une fiche lors de l'étape d'observation

À quelle(s) fin(s) ces données seront-elles récoltées ?

Les données à caractère personnel récoltées dans le cadre de cette étude serviront à la réalisation du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Elles pourraient, éventuellement, aussi servir à la publication de ce travail de fin d'étude ou d'articles issus de cette recherche, à la présentation de conférences ou de cours en lien avec cette recherche, et à la réalisation de toute activité permettant la diffusion des résultats scientifique de cette recherche. Votre anonymat sera garanti dans les résultats et lors de toute activité de diffusion de ceux-ci.

Combien de temps et par qui ces données seront-elles conservées ?

Les données à caractère personnel récoltées seront conservées jusqu'à la réalisation et la validation par le jury du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Le cas échéant, la conservation de ces données pourrait être allongée de quelques mois afin de permettre les autres finalités exposées au point 3.

Ces données seront exclusivement conservées par l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude, sous la direction de son promoteur.

Comment les données seront-elles collectées et protégées durant l'étude ?

La collecte de données sera réalisée dans le respect de la vie privée des participants. Les données seront récoltées pendant l'observation passive et pendant les entretiens semi-directif. Aucun nom ou information capable d'identifier des participantes ne sera mentionné dans l'étude.

- **Étape 1 : récolte des données lors d'entretiens individuels enregistrés à l'aide d'un magnétophone, mis à la disposition unique du chercheur. Chaque entretien sera retranscrit dans son entièreté et enregistré de façon anonyme, de manière à refléter exactement le discours des participants, mais sans que ceux-ci ne soient identifiables.**
- **Étape 2 : Les enregistrements audios seront détruits dès que les retranscriptions seront terminées, le promoteur/Co-promoteur s'assurera de cela. Les réponses deviennent donc purement anonymes. Un document Word reprendra les transcriptions et sera stocké dans un disque dur et protégé par mots de passe. L'accès aux notes d'observations, d'entretiens et le document Word des transcriptions seront accessibles à la chercheuse et son équipe qui traitera et analysera les données. Ces personnes sont tenues par une obligation de confidentialité. Les informations recueillies seront totalement anonymisées**
- **Étape 3 : rédaction du mémoire au moyen des réponses désormais anonymes.**

Ces données seront-elles rendues anonymes ou pseudo-anonymes ?

Les données seront anonymisées, ni le genre et les années d'expériences n'apparaîtront dans la retranscription. La retranscription de chaque entretien aura lieu le soir même de l'entretien et l'enregistrement sera supprimé immédiatement après.

Qui pourra consulter et utiliser ces données ?

Seuls l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude présenté plus haut, son promoteur et éventuellement les membres du jury de mémoire (pour validation de la démarche scientifique) auront accès à ces données à caractère personnel.

Ces données seront-elles transférées hors de l'Université ?

Non, ces données ne feront l'objet d'aucun transfert ni traitement auprès de tiers.

Sur quelle base légale ces données seront-elles récoltées et traitées ?

La collecte et l'utilisation de vos données à caractère personnel se fondent sur la mission d'intérêt public de l'Université (RGPD, Art. 6.1.e) et, pour les données particulières, sur la nécessité de traiter ces données à des fins de recherche scientifique (RGPD, Art. 9.2.j).

Quels sont les droits dont dispose la personne dont les données sont utilisées ?

Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :

- **obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination;**
- **obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à caractère personnel inexacte la concernant ainsi que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées ;**
- **obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de données à caractère personnel la concernant;**
- **obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant;**
- **s'opposer, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, pour des raisons tenant à sa situation particulière, au traitement des données à caractère personnel la concernant ;**
- **introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).**

Comment exercer ces droits ?

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données de l'Université, soit par courrier électronique (dpo@uliege.be), soit par lettre datée et signée à l'adresse suivante :

Université de Liège
M. le Délégué à la protection des données,
Bât. B9 Cellule "GDPR",
Quartier Village 3,
Boulevard de Colonster 2,

4000 Liège, Belgique.

Coûts, rémunération et dédommagements

Aucun frais direct lié à votre participation à l'étude ne peut vous être imputé. De même, aucune rémunération ou compensation financière, sous quelle que forme que ce soit, ne vous sera octroyée en échange de votre participation à cette étude.

Retrait du consentement à participer à l'étude

Si vous souhaitez mettre un terme à votre participation à ce projet de recherche, veuillez en informer l'étudiante réalisant ce travail de fin d'étude et/ou son Promoteur, dont les noms figurent sur la première page de ce document. Ce retrait peut se faire à tout moment, sans qu'une justification ne doive être fournie. Sachez néanmoins que les traitements déjà réalisés sur la base de vos données personnelles ne seront pas remis en cause. Par ailleurs, les données déjà collectées ne seront pas effacées si cette suppression rendait impossible ou entravait sérieusement la réalisation du projet de recherche. Vous en seriez alors averti.

Questions sur le projet de recherche

Toutes les questions relatives à cette recherche peuvent être adressées à l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus.

Je déclare avoir lu et compris les 5 pages de ce présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire signé par les personnes responsables du projet. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet et ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles j'ai reçu une réponse satisfaisante. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Nom et prénom :

Date :

Signature :

Nous déclarons être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Nom et prénom du Promoteur : **Pr. Benoit Pétré**

Date :

Signature :

Nom et prénom du Co-Promoteur : **Dr. Ebongue Mbondji Peter**

Date :

Signature :

Nom et prénom de l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude : **Dr. Mayo Minse Lucesse**

Date :

Signature :

Annexe G: Budget Prévisionnel

Activités	Prix (FCFA)
Internet(communication)	50 000 FCFA
Transport Belgique-Cameroun	545 000 FCFA
Transport inter urbain Cameroun	100 000 FCFA
Impressions formulaires de consentement	5 000 FCFA
Dossier pour autorisation de recherche	30 000 FCFA
Imprévus	120 000 FCFA
Total	850 000 FCFA (1298 €)

Annexe H : Caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude

Variable	Fréquences	Pourcentage
Professions		
Infirmiers.ères	8	
Médecin généraliste	6	
Médecin spécialiste	9	
Genre		
Masculin	9	
Féminin	14	
Années d'expériences	1-26	
FOSAs (formation sanitaire)		
Catégorie 2	11	
Catégorie 3	4	
Catégorie 4	3	
Catégorie 5	5(dont 1 focus groupe de 4)	
Formation précédente en ETP		
Oui	4	
Non	19	
Public cible		
Enfants	1	
Jeunes adultes	1	
Personnes âgées	1	
Diversifié	20	
Pathologies communes		
Syndrome métabolique	20	
Infectieuses	14	
Autre	11	