

**Etude transfrontalière des besoins de formation en Education Thérapeutique du Patient pour la prise en charge du diabète de type 2 et de l'obésité: enquête par groupes nominaux auprès des professionnels de santé**

**Cross-border evaluation of needs for training in Therapeutic Education of the Patient for the management in type 2 diabetes and obesity: survey by method of nominal group with healthcare professionals**

---

Benoit Pétré<sup>1</sup>, Frédéric Ketterer<sup>2</sup>, Marc Vanmeerbeek<sup>2</sup>, André Scheen<sup>3</sup>, Marie-Lise Lair<sup>4</sup>, Olivier Ziegler<sup>5</sup>, Philip Böhme<sup>5</sup> et Michèle Guillaume<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Université de Liège, département des sciences de la Santé publique, Liège, Belgique

<sup>2</sup> Université de Liège, département de médecine générale, Liège, Belgique

<sup>3</sup> Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques, Centre Hospitalier Universitaire de Liège, Liège, Belgique

<sup>4</sup> Centre d'Etudes en Santé, Centre de Recherche Public de la Santé, Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg

<sup>5</sup> Service de Diabétologie, Maladies Métaboliques, Nutrition, CHRU de Nancy - Hôpital Brabois Adultes, Vandoeuvre-Les-Nancy, Université de Lorraine, France

**Correspondance :**

Benoit Pétré, Université de Liège, CHU du Sart-Tilman, Département des Sciences de la Santé publique, bâtiment B23, 4000 Liège, Belgique.

[benoit.petre@ulg.ac.be](mailto:benoit.petre@ulg.ac.be)

## RESUME

**Introduction :** La conception de programmes de formation continue en éducation thérapeutique du patient (ETP) devrait s'inspirer, à côté d'autres sources d'information, des besoins manifestés par les professionnels concernés en termes de mobilisation ou d'acquisition de compétences dans ce domaine. L'objectif de cette étude est d'analyser les besoins exprimés par des professionnels de santé (PS) impliqués dans la prise en charge de patients présentant un diabète de type 2 (DT2) et/ou une obésité.

**Méthodes :** Cent cinq PS (médecins généralistes, diététiciens et infirmiers) de 3 régions frontalières de pays européens francophones (France, Belgique et Grand-duché de Luxembourg) ont été interrogés en 12 groupes monodisciplinaires selon la technique du groupe nominal. Les besoins exprimés par les participants ont été classés dans les catégories du référentiel de compétences pour dispenser l'ETP, proposé par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES, 2013).

**Résultats/Discussion :** Parmi les besoins exprimés par les PS, 52% des votes ciblaient des compétences relationnelles, 10% des compétences relatives aux techniques biomédicales, 20% des compétences relatives aux techniques pédagogiques et 11% celles d'organisation et de coordination. 7% des propositions étaient hors-champs des catégories de l'INPES. La comparaison des scores ne permet pas de tirer des profils de compétences en fonction de la région ou de la profession étudiée. La reconnaissance de l'ETP par les instances nationales et régionales ne semble pas influencer de façon majeure les besoins de formation exprimés par les PS.

**Conclusion :** Les besoins exprimés par les PS dans le cadre de la présente étude sont focalisés sur la relation soignant –soigné qui est au cœur de l'ETP. Il serait toutefois nécessaire de les sensibiliser à l'acquisition d'autres compétences qui concernent notamment l'animation de groupe, la coordination interprofessionnelle, la prise en compte de l'environnement ou plus généralement les procédures.

**Mots clés :** *Education thérapeutique du patient / Modèle de compétence attendue/ Maladie chronique / Méthode de consensus*

## **SUMMARY**

**Introduction:** the design of continuous training programs in therapeutic patient education (ETP) should be inspired by needs shown by the professionals concerned in terms of mobilization or acquisition of skills in this domain. The objective of this study is to analyze needs expressed by healthcare professionals (HP) involved in patients' management presenting a type 2 diabetes (T2D) and/or an obesity and to compare them with the existing recommendations.

**Methods:** hundred and five PS (general practitioners, dietitians and nurses) of 3 frontier regions of French-speaking European countries (France, Belgium and Grand duchy of Luxembourg) were questioned in 12 monodisciplinary groups according to the technique of the nominal group. Needs expressed by the participants were classified in the categories of the reference table of skills to dispense TPE (National Institute for Health Prevention and Education (INPES), 2013).

**Results / discussion:** among needs expressed by HP, 52 % of the votes targeted relational skills, 10 % of the skills relative to the biomedical techniques, 20% of the skills relative to the educational techniques and 11 %, those of organization and the coordination. Seven pourcents of the proposals were out of the categories of the INPES. Results do not allow to establish profiles of skills according to the studied region or profession. The recognition of the TPE by the French legislation does not seem to influence in a major way the data.

**Conclusion:** the needs expressed by PS in the context of this study are focused on the relation HP/patient that is the heart of the TPE. It would however be necessary to raise awareness among HP in the acquisition of the other skills which concern in particular the animation of group, the interprofessional coordination, the consideration of the environment or more generally the procedures.

**Key words:** *Patient education as topic / Competency-Based Education / Chronic disease / Consensus*

**Ce qui est connu**

- Les difficultés vécues par les soignants pour prendre en charge des malades au long cours
- Les principes de l'ETP
- Les recommandations pour la formation des soignants en ETP

**Ce qu'apporte l'article**

- Une vision de terrain des besoins en formation en ETP
- Une comparaison transfrontalière des besoins perçus en formation
- L'adéquation partielle entre les besoins perçus et le référentiel de compétences en ETP proposé par l'INPES

## 1. Introduction

Les maladies chroniques sont considérées actuellement comme la principale cause mondiale de mortalité et de morbidité, ce qui fait de leur prise en charge un objectif majeur de santé publique, incitant à leur meilleure gestion par les autorités de santé publique [1]. Par exemple, en Angleterre, il est estimé que 80 % des motifs de consultation en médecine générale, concernent des problèmes relatifs aux maladies chroniques [2].

Les maladies chroniques nécessitent, par définition, l'accompagnement sur le long terme des patients dans la gestion de leur maladie et la recherche du maintien d'une certaine qualité de vie. Une maladie chronique demande des modifications de comportements par les patients : prendre des médicaments, modifier son alimentation, changer de style de vie, se soumettre à des actes techniques et des examens biomédicaux réguliers, etc. [3]. Ces contraintes posent de nombreuses difficultés et soulèvent, notamment, la question de l'observance, c'est-à-dire la concordance des comportements d'un individu avec les conseils médicaux ou de santé définis et prescrits par les professionnels de santé [4]. Selon l'OMS (2003) [5], près de la moitié des patients ne suivent pas correctement les traitements prescrits (médicamenteux ou non). L'analyse des facteurs pouvant expliquer la (non)observance amène à considérer un concept très proche appelé « adhésion ». Si l'observance centre son intérêt sur les conduites effectives des patients, l'adhésion s'intéresse, quant à elle, aux facteurs psychosociaux impliqués dans les conduites de soin [6] et reconnaît le patient comme un réel acteur dans le processus de soin [7]. Haynes (2001) [8], à ce titre, décrit la recherche de l'observance comme une priorité pour les professionnels de santé (PS) : « *accroître l'efficacité des interventions vis-à-vis de l'adhésion pourrait avoir un impact beaucoup plus important sur la santé de la population que toute amélioration dans les traitements médicaux spécifiques* ».

Les professionnels de santé (PS) se voient dès lors attribuer une nouvelle mission, celle de soignant-éducateur, capable de renforcer les capacités des patients à gérer leur maladie

[9]. Cette orientation sous-tend le développement d'une discipline récente et transversale, appelée éducation thérapeutique du patient (ETP). Ce terme a été reconnu officiellement par l'OMS en 1998 [10]. Bien que les activités éducatives elles-mêmes aient émergé dans les années 1970, en particulier dans le cadre de la diabétologie [11], son développement dans les pays européens est resté, jusqu'ici limité. L'ETP pourrait contribuer à améliorer l'adhésion thérapeutique, même si ce n'est pas son objectif principal [12].

L'ETP peut montrer une certaine efficacité [13], mais les PS doivent acquérir ou mobiliser des compétences spécifiques afin de pouvoir exercer cette nouvelle mission d'éducateur. Différents référentiels de compétences ont été publiés, de la première proposition de l'OMS en 1998 [8] à des travaux plus récents de synoptique des co-compétences patients et soignants [14]. Le travail réalisé par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES ; France) en 2013 [15] définit trois types de référentiels complémentaires suivant le niveau d'intervention vis-à-vis de l'ETP: (1) praticiens – (2) conception et coordination d'une démarche d'ETP – (3) conception, pilotage et promotion des politiques ainsi que des programmes d'ETP.

Le cadre politico-légal de l'ETP est inscrit dans le code de santé publique français depuis 2009, alors qu'aucun cadre formel n'existe dans les deux autres pays [16]. Le cadre législatif français oblige notamment les équipes à formaliser leur programme d'ETP et à intégrer des personnes formées au développement de tels programmes [17-18]. Ce cadre est soutenu par des recommandations de bonnes pratiques [19].

Plusieurs études rapportent la nécessité de formation à l'accompagnement au long cours d'un patient, exprimée par les PS, notamment dans le diabète et l'obésité [20-23]. La description que font les PS de leurs besoins de formation constitue un élément à prendre en considération.

Cet article vise à analyser les besoins exprimés par les PS de terrain en termes de formation en ETP pour les patients présentant un diabète de type 2 (DT2) et/ou une obésité, et à les comparer au référentiel de l'INPES de 2013 [24].

## **2. Méthodes**

Cette recherche a été menée dans le cadre du programme EDUDORA<sup>2</sup> (INTERREG IV a) [25], centré sur l'analyse des pratiques et des besoins en ETP des soignants pour la prise en charge du diabète de type 2 et d'obésité. Le territoire étudié était constitué de trois régions frontalières de pays européens francophones : la Lorraine (France), le Grand-duché de Luxembourg et la partie Est de la Wallonie belge (provinces de Liège et du Luxembourg).

### **2.1. Technique de récolte des données**

La méthode du groupe nominal telle que décrite par Delbecq et Van de Ven (1972) [26], a été utilisée dans cette recherche. Cette méthode semi-qualitative de recherche de consensus permet d'obtenir, pour un groupe considéré, une liste de propositions priorisées en réponse à une question précise.

La question posée aux participants pour cette étude était la suivante : *« Dans une visée d'amélioration de votre approche des patients diabétiques et/ou obèses pour tenir compte de leur diversité et les aider à intégrer de façon durable les adaptations nécessaires dans leurs habitudes de vie et leur(s) mode(s) de vie, si une formation vous était offerte, quelles compétences souhaiteriez-vous développer ou acquérir pour y contribuer ? (Sont exclus les problèmes matériels : temps disponible, locaux, financement) »*.

Cette question a été arrêtée après obtention d'un consensus entre les équipes de recherche impliquées dans le projet, en tenant compte des différents contextes d'ETP entre pays, d'où sa formulation ouverte mais précise.

## **2.2. Recrutement des participants**

Douze groupes nominaux regroupant un total de 105 PS, médecins généralistes (MG) (n=57), diététiciens (n=18) ou infirmiers (n=30), répartis entre les 3 régions (voir *tableau I*), ont été rassemblés entre octobre 2011 et mai 2012. Les critères de recrutement étaient doubles : rencontrer régulièrement des patients chroniques et ne pas avoir de formation spécifique en ETP. Les groupes de participants étaient monodisciplinaires et régionaux afin de permettre l'émergence de préoccupations communes et partagées, tout en évitant des effets d'inhibition entre membres de catégories professionnelles différentes fonctionnant habituellement de façon hiérarchique.

Les MG ont été rencontrés lors d'une des réunions pluriannuelles de formation continue. Les infirmiers et diététiciens ont été recrutés, soit dans les services hospitaliers ou extrahospitaliers (réseau de soins ou institution non hospitalière, par exemple maison de santé) spécialisés dans la prise en charge des patients diabétiques ou obèses, soit à travers les associations professionnelles, ou encore lors de séances de formation continue. Une mixité dans le cadre de pratique (ville/hôpital) a été recherchée pour diversifier le profil des répondants.

## **2.3. Analyse des résultats**

Le référentiel de compétences du praticien de l'INPES (2013, voir *encadré 1*) a été utilisé pour classer les propositions émises par les participants. Ce référentiel a été choisi, non pas dans le but de prendre un outil validé internationalement (ni même de participer à sa validation), mais bien plutôt afin de bénéficier d'un outil d'ordonnancement standardisé, tenant compte d'une diversité de pratiques et activités mises en œuvre dans le cadre de l'ETP. En ce sens, son intérêt est surtout de pouvoir distinguer plus facilement les compétences par grands axes, ce que la taxinomie employée par l'INPES permet aisément. Ce référentiel comprend 3 grandes catégories de compétences : les compétences « techniques » (A), les compétences

« relationnelles et pédagogiques » (B) et les compétences « organisationnelles » (C). Chacune de ces compétences est déclinée en 3 ou 4 sous-compétences désignées par un chiffre complétant la lettre de la catégorie (A1, A2, B1, B2, etc.).

Le classement des propositions a été réalisé par deux chercheurs, de manière indépendante (BP et FK). Les conflits d'interprétation ont été résolus avec le concours d'un troisième chercheur (MV), jusqu'à obtention d'un consensus.

Conformément à la méthode des groupes nominaux, les participants pouvaient classer cinq propositions prioritaires dans leur groupe, en leur attribuant respectivement cinq, quatre, trois, deux et un point. Les scores de priorité des propositions ont été calculés en divisant le nombre de points obtenus pour un ensemble de propositions reprises dans une catégorie par le total des points attribués à l'ensemble des propositions. Les scores de popularité correspondent au nombre de votes par catégorie de propositions, divisé par le nombre total de votes exprimés. Seuls les scores de priorités sont présentés, sauf en cas de discordance supérieure à 5% entre priorité et popularité. Ces scores ont été ventilés par région et par profession.

### **3. Résultats**

#### **3.1. Propositions des participants**

L'ensemble des participants a émis un total de 211 propositions. Le *tableau II* présente la répartition des propositions dans les différentes catégories de compétence du référentiel de l'INPES ainsi que des exemples de propositions telles que formulées par les participants.

La catégorie B (les compétences « relationnelles et pédagogiques ») totalisait 42,1 % des propositions, surtout dans les compétences en écoute et compréhension (B1) avec 14,2% - les PS évoquent plusieurs fois la nécessité de développer de l'« *empathie* » - et de renforcer

l'accompagnement des patients (B3) (13,3%), avec notamment une forte demande de formation relative à l' « *entretien motivationnel* ».

La catégorie A (les compétences « techniques ») totalisait 35% des propositions, essentiellement dans la pédagogie (A3), 12,3%, et les connaissances techniques et biomédicales (A1), 12,3%. Les PS expriment des demandes respectives dans ces deux domaines « *d'outils pédagogiques* » et « *de meilleure connaissance de la thérapeutique et des traitements* ».

La catégorie C (les compétences « organisationnelles ») totalisait 13,3% des propositions, essentiellement dans l'organisation et la coordination (C2) avec 9%. Les PS utilisent des expressions telles qu' « *organiser, coordonner, connecter, structurer* » les collaborations et la prise en charge.

Deux catégories supplémentaires à celles proposées dans le référentiel de l'INPES ont dû être créées : la catégorie (D) pour les propositions hors-champs des catégories de l'INPES (7,6%) telles que, par exemple, « *la réglementation ou le remboursement des consultations* », et la catégorie O pour les propositions trop générales (1,9%).

### **3.2. Importance accordée par les participants aux différentes catégories du référentiel**

Le *tableau III* présente les scores de priorité par profession et par région.

Les professionnels de santé des trois régions, quelle que soit leur profession, ont accordé une grande importance à la catégorie des compétences relationnelles et pédagogiques B (28,8% à 78% des points). Les points étaient partagés essentiellement entre les compétences d'écoute et compréhension (B1), d'échange et d'argumentation (B2) et d'accompagnement (B3). Des écarts importants ont été constatés dans la ventilation de ces résultats par profession et par région. Une discordance est apparue entre priorité et popularité pour quatre des groupes

concernant la compétence B2. La popularité était supérieure à la priorité chez les infirmiers wallons et diététiciens luxembourgeois, et l'inverse a été observé chez les infirmiers luxembourgeois et les diététiciens wallons. Finalement, la compétence animation et régulation (B4), a recueilli peu de points. Seuls trois groupes y accordent plus de 5%.

Une disparité importante a été observée pour les résultats relatifs aux compétences techniques (A) avec des scores de priorités qui oscillent entre 8,7% et 55,9% des points suivant le groupe étudié. Les compétences spécifiques de connaissances techniques et biomédicales (A1) et de pédagogie (A3) ont été jugées prioritaires, avec des scores qui atteignent respectivement 26,7% et 30,8% des points. Les compétences liées aux techniques de gestion et de l'information (A2) et prise en compte de l'environnement (A4), sont moins prioritaires.

Dans la catégorie des compétences organisationnelles C, seule la compétence organisation et coordination (C2) a émergé et explique quasi exclusivement le total des points accordés à cette catégorie. Une nouvelle fois, une disparité importante a été observée avec un minimum à 0% des points et un maximum à 25,6%. Les compétences prise de recul et évaluation (C1) et de pilotage (C3), n'ont pas été retenues comme une priorité par les participants aux groupes nominaux et ont récolté moins de 5% des points, quelles que soient la profession ou la région étudiées.

La catégorie (D), regroupant les propositions non classifiables dans le référentiel de l'INPES, totalisait 4,2% des points. Aucun des soignants lorrains n'a attribué de points à cette catégorie.

#### **4. Discussion**

Certaines tendances ressortent de cet état des lieux des besoins de développement ou d'acquisition de compétences des PS. Dans notre étude, les indices de priorité et de popularité sont généralement concordants, ce qui illustre la cohérence interne des différents groupes. Les priorités de formation évoquées par les PS concernent les trois catégories de compétences (A-

B-C) proposés par l'INPES, ce qui renforce notre choix de ce référentiel comme cadre d'analyse des propositions des participants.

Des différences notables sont remarquées selon les sous-compétences étudiées : certaines rencontrent la priorité des PS à l'inverse d'autres, qui sont ignorées. Par ailleurs, une grande hétérogénéité entre profession et région, a été observée.

Les PS interrogés, indépendamment de leur profession et de leur région, n'ont pas classé comme prioritaires, les compétences qui demandent une prise de distance par rapport au travail d'éducation du patient. Aussi, le pilotage (C3), la prise de recul et l'évaluation (C1), les techniques de gestion de l'information (A2), ne leur semblent pas prioritaires. Bien qu'il s'agisse plutôt de compétences que doit développer un coordinateur des acteurs et des actions d'ETP [27], l'évolution du rôle du soignant dans une mission d'éducation nécessite que tout praticien de santé possède les compétences de base dans ce domaine afin d'adopter une approche réflexive formalisée concernant ses pratiques [28]. Un travail d'analyse réflexive des pratiques professionnelles pourrait constituer un outil précieux dans une recherche de changements des représentations et pratiques orientées vers ce type de compétences.

Les PS interrogés priorisent peu le développement des compétences prenant en compte l'environnement du patient, y compris son entourage et ses caractéristiques socioculturelles. Ceci peut témoigner d'une approche de la maladie chronique imparfaitement centrée sur le patient en raison du manque de perspective biopsychosociale [29]. Ce résultat confirme celui de l'étude DAWN 2 qui met en évidence l'insuffisance de prise en compte par les professionnels des difficultés, attentes et émotions des patients et de leur entourage [30]. Cela renforce également l'idée notamment émise par Calderon et al en 2011 [31], selon laquelle patients et soignants évoluent dans deux environnements distincts dont l'intersection est limitée, rendant dès lors le dialogue plus difficile.

De même, les compétences relatives à l'animation et la régulation de groupes ne semblent pas être une priorité pour les PS. Cela peut s'expliquer assez facilement pour la Wallonie et le Grand-duché de Luxembourg, étant donné la configuration des activités thérapeutiques, qui offre peu de possibilités d'organiser des séances collectives, contrairement à la France où la définition des programmes inclut des séances d'ETP de groupe [19].

Les résultats relatifs aux compétences relationnelles (B1 à B3) révèlent un consensus entre les PS et constituent les éléments prioritaires pour la majorité des groupes étudiés (plus de  $\frac{3}{4}$  des points pour deux groupes). Ce résultat paraît logique, puisque l'ETP se situe, par définition, dans une relation d'échange et de co-construction. Il s'agit bien d'une pratique dite centrée sur le patient [19]. Toutefois, les PS restent demandeurs à ce sujet, ce qui pose question quant à la formation initiale dans ce domaine. La discordance entre les scores de priorité et de popularité, observée dans les compétences liées à l'échange et à l'argumentation (B2), témoigne d'un relatif manque de consensus dans cette sous-compétence. Cette différence demanderait à être explorée plus en profondeur pour comprendre ce qui partage les soignants dans les besoins en ce domaine.

En ce qui concerne les compétences techniques et biomédicales, il paraît surprenant de constater une demande des PS concernant les bonnes pratiques médicales en la matière. Ce résultat pourrait notamment rendre compte de la complexité de la physiopathologie des maladies considérées et de la difficulté de mise en œuvre des traitements de plus en plus nombreux et spécifiques qui y sont liés.

La pédagogie apparaît comme une compétence importante, essentiellement pour les médecins et diététiciens, moins pour les infirmiers pourtant considérés traditionnellement comme les relais de l'éducation [32].

Une forte demande est exprimée par l'ensemble des PS pour l'organisation et la coordination entre les professions, point dont l'importance est documentée depuis longtemps [33]. Les éléments opérationnels de ce travail interdisciplinaire ont, en revanche, été peu évoqués. Il conviendrait de travailler avec les PS sur les éléments qui favorisent une réelle interdisciplinarité [34-35], ou mieux encore, une transdisciplinarité dans les pratiques [36].

La comparaison des résultats entre les 3 régions permet de tirer des enseignements sur l'influence éventuelle d'un cadre législatif sur la perception des besoins en ETP. L'ETP est inscrite dans le code de la santé publique français, et seul ce pays en encadre les activités [16-18]. Or, les résultats de l'étude soulignent qu'il existe peu de différences entre les régions. On constate toutefois que les besoins exprimés et classés dans la catégorie hors champ du référentiel de l'INPES sont nuls pour les lorrains. Ces propositions suggèrent que les PS considèrent que l'ETP commence bien en amont de leur intervention et renvoie également aux choix politiques et socio-économiques d'une société donnée. Cela souligne qu'une partie des professionnels restent sensibles aux éléments plus macro-sociaux, sur lesquels ils n'ont pas de prise, mais avec lesquels ils doivent « se débrouiller » dans le cadre de leur travail. En ce sens, ces propositions soulignent que la thématique de la prise en charge de l'obésité et du diabète répond aussi à des facteurs socio-économiques sur lesquels il ne faut pas faire l'impasse dans le cadre de formation.

Ceci souligne l'importance pour les autres régions de ne pas compter uniquement sur la formation des PS pour favoriser le développement de l'ETP, mais aussi de travailler sur d'autres piliers fondamentaux tels que la définition d'un parcours de soins, le financement des activités d'éducation, etc.

L'analyse des scores par profession est limitée par la taille de l'échantillon et la dispersion des résultats. Ainsi, les données ne permettent pas de déduire des profils de besoins en formation

spécifiques par profession, d'une part, parce que des différences majeures dans les scores de priorité et popularité n'ont pas été observées et, d'autre part, en raison du regroupement par profession, qui peut cacher des disparités régionales.

Le nombre limité de participants, notamment pour certains groupes réalisés, de même que l'absence de groupes de médecins pour le Grand-duché de Luxembourg, ne permettent que des comparaisons partielles et prudentes des résultats, et nécessitent des investigations complémentaires. Une approche quantitative permettrait de porter les résultats à un niveau de généralisation pour la population étudiée. Une approche qualitative permettrait de spécifier davantage les besoins de formation dans les différentes catégories établies comme prioritaires par les participants, mais aussi de mieux comprendre les raisons de moindre investissement dans les autres catégories.

Une autre limite de l'étude concerne l'interprétation des indices faibles et nuls de priorité et de popularité. Il n'est, en effet, pas possible de savoir si ces scores soulignent le manque de conscience des besoins dans les catégories considérées de la part des PS, ou si ces derniers se sentent déjà compétents dans ces domaines. Etant donné l'absence de reconnaissance de l'ETP en Belgique et au Luxembourg, les résultats tendent à conforter la première hypothèse (manque de conscience des besoins). Les échanges verbaux lors des réunions de groupes, observés directement par les chercheurs (même si ces informations n'ont pas été consignées par écrit), tendent à favoriser nettement la première hypothèse. Une autre interprétation possible serait de postuler que, si ces éléments peuvent être considérés comme nécessaires par les PS de manière générale, cela ne signifie pas nécessairement qu'il soit de leur ressort de les acquérir et de les mettre en œuvre.

Malgré ces limites, cette étude apporte un angle de vue nouveau sur les besoins de formation en ETP. Si le référentiel de l'INPES (2013) détaille les compétences nécessaires à la bonne

pratique de l'ETP, cette étude renvoie, quant à elle, aux besoins de formation tels qu'ils sont exprimés par des soignants de trois professions et de trois régions différentes. L'originalité de la méthode de recherche utilisée permet de dégager certaines perspectives pour la pratique et la programmation des formations en ETP.

L'étude apporte des renseignements sur une série de besoins de formation identifiés par les soignants pour les aider dans le suivi des patients au long cours mais aussi sur une série de compétences non exprimées par les soignants et qui demandent à être davantage explorées.

Il apparaît que le type de profession et la région étudiée influencent peu les besoins ressentis en formation d'ETP. La demande apparaît ainsi comme relativement universelle. Il est, dès lors, envisageable de favoriser la formation interprofessionnelle et/ou interrégionale.

Les concepteurs des formations peuvent se servir des résultats obtenus dans cette étude pour susciter la motivation des PS à participer à des formations à l'ETP et assurer leur pleine adhésion au programme en comblant les demandes exprimées. Il s'agit là d'une approche ascendante qui correspond bien à la philosophie de l'ETP. Toutefois, il est nécessaire de les sensibiliser à l'approche d'autres compétences complémentaires pour lesquelles une moindre demande est exprimée. Ces résultats devraient être mis en perspective avec d'autres sources d'information, comme l'étude des pratiques professionnelles, les recommandations de bonne pratique, l'étude des besoins des patients. L'ensemble de ces éléments peut étayer la conception d'un curriculum, soit aider à définir les objectifs, modalités et contenus d'apprentissage et d'évaluation d'un programme de formation.

Les propositions exprimées par les participants sont *a priori* transférables pour le suivi d'autres maladies chroniques. Ce constat devrait pousser les concepteurs de formations en ETP à regrouper des soignants travaillant sur des pathologies diverses, de manière à favoriser les échanges d'expériences.

**Déclaration d'intérêts :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

**Sources de financement :** Ce travail a été financé par les Fonds européens de Développement Régional et les autorités publiques des régions concernées.

**Remerciements :** Nous remercions les établissements hospitaliers et toutes les structures qui ont permis le recrutement des participants. Nous remercions également tout particulièrement les professionnels de santé qui ont participé volontairement aux groupes nominaux.

## Références des figures et tableaux

**Tableau I.** Participants aux groupes nominaux par profession et par région (le premier nombre indique le nombre de participants interrogés et le second, le nombre de groupes nominaux réalisés) - **Table I.** Participants in the nominal groups according to profession and region (the first figure indicates the number of questioned participants and the second, the number of realized nominal groups).

**Encadré 1.** Présentation des catégories du référentiel de compétences du praticien en ETP de l'INPES (2013) - **Box 1.** Categories of TPE skills according to the reference table of practitioner in TPE of the INPES (2013).

**Tableau II.** Répartition et exemples de propositions réalisées par les participants aux groupes nominaux - **Table II.** Distribution and examples of verbatims quoted by the participants in the nominal groups.

**Tableau III.** Indices de priorité globaux accordés aux catégories de l'INPES suivant les participants aux groupes nominaux, en fonction de leur catégorie professionnelle et de leur région - **Table III.** Global priority scores assigned to the categories of the INPES following the participants in the nominal groups, according to their professional category and their region.

## Bibliographie

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Genève: World Health Organization; 2010. 176 p.
2. Wilson T, Buck D, Ham C. BMJ. Rising to the challenge: will the NHS support people with long term conditions? 2005;330(7492):657-61.
3. Morin M. Parcours de santé. Paris : Armand Collin ; 2004. 302 p
4. Sobel A. Editorial. L'observance en matière de santé. Presse Med 1997;26,356-357.
5. World Health Organization. Adherence to long term therapies: Evidence for action. Genève: World Health Organization; 2003. 196p
6. Wilson T, Buck D, Ham C. Rising to the challenge: will the NHS support people with long term conditions? BMJ 2005;330(7492):657-61.
7. Scheen A, Giet D. Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. Rev Med Liège 2010; 65 : 5-6 : 239-245.
8. Haynes RB. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Cochrane Database Syst Rev 2002;2:CD000011.
9. D'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique. 4<sup>e</sup> ed. Paris : Maloine, 2011.
10. Organisation Mondiale de la Santé - Europe. Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue des soignants : recommandations sur les contenus et

objectifs de l'éducation thérapeutique dans les maladies chroniques. Copenhague : Organisation Mondiale de la Santé; 1998. 71 p.

11. Assal JP. Revisiting the approach to treatment of long-term illness: from the acute to the chronic state. A need for educational and managerial skills for long-term follow-up. *Patient Educ Couns* 1999; 37: 99–111.
12. Scheen AJ, Bourguignon JP, Guillaume M, Membres du programme EDUDORA<sup>2</sup>. L'éducation thérapeutique : une solution pour vaincre l'inertie clinique et le défaut d'observance. *Rev Med Liège* 2010 ; 65 (5-6) : 250-5.
13. Lagger G, Pataky Z, Golay A. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. *Patient Educ Couns* 2010;79:283–286.
14. Pétré B, Guillaume M, Legrand C, Scheen A, Lair ML, Ziegler O et al. Un synoptique des co-compétences patients - soignants en éducation thérapeutique. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2014 ; 6 (1) : 10202.
15. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Élaboration d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient : Introduction et mode d'emploi. 2011. [consulté le 19 juin 2013] ; disponible à l'adresse suivante : <http://www.inpes.sante.fr/referentiel-competences-ETP/pdf/mode-emploi.pdf>
16. Code de santé publique (voir Article L1161-1). [consulté le 19 juin 2014] ; disponible à l'adresse suivante : [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=F429D28BB8C363FEF00BA7236BD34067.tpdjo01v\\_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20140528](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=F429D28BB8C363FEF00BA7236BD34067.tpdjo01v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20140528).
17. Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient. [consulté le 19 juin 2014] ; disponible à l'adresse suivante: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664533&dateTexte=&categorieLien=id>.
18. Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. [consulté le 19 juin 2014] ; disponible à l'adresse suivante : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664557>
19. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation. Juin 2007 [consulté le 19 juin 2013] ; disponibles à l'adresse suivante : [www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp - definition finalites - recommandations\\_juin\\_2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf)
20. Forman-Hoffman V, Little A, Wahls T. Barriers to obesity management: a pilot study of primary care clinicians. *BMC Fam Pract* 2006; 7: 35 -46.
21. Kristeller JL, Hoerr RA. Physician attitudes toward managing obesity: differences among six specialty groups. *Prev Med* 1997; 26 (4): 542-9.

22. Helseth LD, Susman JL, Crabtree BF, O'Connor PJ. Primary care physicians' perceptions of diabetes management. A balancing act. *J Fam Pract* 1999; 48 (1): 37-42.
23. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Snoek FJ, Matthews DR, Skovlund SE. Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabet Med* 2005; 22: 1379–1385.
24. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Elaboration d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient. Le référentiel des praticiens. 2011 [consulté le 19 juin 2013]; disponible à l'adresse suivante : [www.inpes.sante.fr/referentiel-competences-ETP/pdf/referentiel-praticien.pdf](http://www.inpes.sante.fr/referentiel-competences-ETP/pdf/referentiel-praticien.pdf)
25. Scheen A, Bourguignon JP, Hubermont G, Ziegler O, Böhme P, Collin JF et al. Education thérapeutique et préventive face au diabète et à l'obésité à risque chez l'adulte et l'adolescent : le projet Interreg IV EDUDORA<sup>2</sup> (Résumé). *Diabetes Metab* 2010; 36 : 193.
26. Van de Ven A H et Delbecq A L. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. *Am J Public Health* 1972; 62(3): 337–342.
27. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Référentiel de compétences pour coordonner un programme d'ETP. Document complémentaire à l'annexe no 2 de l'arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. 2013. [consulté le 19 juin 2013] ; disponible à l'adresse suivante : <http://www.inpes.sante.fr/FormationsEpS/pdf/coordonner-ETP.pdf>
28. Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2009; 14 (4): 595-621.
29. Mead N, Bower P: Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000, 51(7):1087-1110.
30. Reach G, Consoli SM, Halimi S, Colas C, Duclos M, Fontaine P, Martineau C, Avril C, Tourette-Turgis C, Pucheu S, Brunet O. The multinational second Diabetes, Attitudes, Wishes and Needs study: results of the French survey. *Patient Prefer Adherence*. 2015 Feb 12;9:289-97. doi: 10.2147/PPA.S68941. eCollection 2015.
31. Calderon C, Balague L, Cortada JM, Sanchez A: Health promotion in primary care: how should we intervene? A qualitative study involving both physicians and patients. *BMC Health Serv Res* 2011; 11:62.
32. Thomas G. L'éducation du Patient: structuration, organisation et développement. Bruxelles : Editions Kluwers ; 2003. 152p.
33. Mazur H, Beeston JJ, Yerxa EJ. Clinical interdisciplinary health team care: an educational experiment. *J Med Educ* 1979; 54 (9): 703-713.
34. Kearney AJ: Facilitating interprofessional education and practice. *Can Nurse* 2008; 104(3):22-26.

35. Koelen MA, Vaandrager L, Wagemakers A: What is needed for coordinated action for health? *Fam Pract* 2008; 25 Suppl 1:i25-31.
36. de la Tribonnière X, Gagnayre R. L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : du concept à une proposition de critères d'évaluation *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2013; 5(1): 163-176.