

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par Lauriane FOUCAUD
Le 06 Octobre 2016

FORMATION VALIDANTE DE 40 HEURES EN ÉDUCATION
THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT PROPOSÉE DE FAÇON
EXPÉRIMENTALE À HUIT INTERNES SASPAS :
ÉVALUATION PAR UN « FOCUS GROUP »

DIRECTEUR DE THÈSE:

Madame le Docteur Odile BOURGEOIS

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU
Monsieur le Docteur Serge ANÉ
Madame le Docteur Anne FREYENS
Madame le Docteur Odile BOURGEOIS

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Assesseur

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par Lauriane FOUCAUD
Le 06 Octobre 2016

FORMATION VALIDANTE DE 40 HEURES EN ÉDUCATION
THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT PROPOSÉE DE FAÇON
EXPÉRIMENTALE À HUIT INTERNES SASPAS :
ÉVALUATION PAR « UN FOCUS GROUP »

DIRECTEUR DE THÈSE:

Madame le Docteur Odile BOURGEOIS

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU
Monsieur le Docteur Serge ANÉ
Madame le Docteur Anne FREYENS
Madame le Docteur Odile BOURGEOIS

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2015

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie	P.U.	
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique	M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROSTAING Lionel (C.E).	Néphrologie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr VIDAL Marc
Pr STILLMUNKES André
Professeur Associé en O.R.L
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	M. GASQ David	Physiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement	M. BISMUTH Serge	M.C.U. Médecine Générale
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire	Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry
Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge

Remerciements

Aux membres du jury,

**A Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ,
Professeur des Universités de Médecine Générale**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse,
Pour votre engagement pour la médecine générale,
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

**A Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU,
Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale**

Pour votre engagement auprès des internes de médecine générale,
Vous me faites l'honneur de juger ce travail,
Veuillez croire en ma profonde reconnaissance.

**A Monsieur le Docteur Serge ANÉ
Maître de Conférences Associé de Médecine Générale**

Pour votre engagement en éducation thérapeutique et à son enseignement,
Vous avez accepté de juger ce travail,
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

**A Madame le Docteur Anne FREYENS
Maître de Conférences Associé de Médecine Générale**

Pour m'avoir guidée dans ce travail avec une grande disponibilité,
Vous me faites l'honneur de juger ce travail,
Soyez assurée de ma reconnaissance.

**A Madame le Docteur Odile BOURGEOIS
Maître de Stage Universitaire**

Tu m'as fait l'honneur de m'associer à ce projet et de diriger ce travail,
Pour tes conseils avisés et ta disponibilité,
Pour ton engagement au développement de l'éducation thérapeutique,
Sois assurée de mes plus sincères remerciements.

**A l'équipe conceptrice et organisatrice de cette formation et aux internes qui ont
participé à ce travail,** nous vous remercions de votre implication.

Remerciements

Aux équipes hospitalières et aux médecins qui m'ont accueillie et formée,

Merci de m'avoir donné les bases de la médecine et les spécificités de la médecine générale;
A mon tour maintenant d'apprendre avec l'expérience et de transmettre aux plus jeunes.

A la Maison Médicale des Ballons, pour ces deux années passées à travailler à vos côtés, votre bonne humeur, vos conseils, nos randonnées nocturnes, la formation continue et les restos du jeudi

A MA FAMILLE

A mes parents,

Vous m'avez accompagnée dans tous mes projets, toujours soutenue. Pour tout votre amour et les valeurs que vous m'avez transmises qui ont contribué à faire le médecin que je suis devenue,
Pour votre précieuse aide tout au long de ce travail,
Je vous aime de tout mon cœur.

A toi sœurlette,

A tous nos moments de complicité, nos fous rires, nos voyages,
L'éloignement géographique ne fait que nous rapprocher,
Merci d'avoir toujours été là.

A mes grands-parents maternels,

A toi qui es déjà parti, je suis sûre que, de quelque part, tu observes ce chemin parcouru,
Mon engagement et ma passion pour la médecine me sont venus grâce à vous deux,
Les aléas de votre vie m'ont donné envie de Soigner.
A toi Maminette, qui m'a soutenue toutes ces années, des gourmandises des folles heures de la première année jusqu'à aujourd'hui, pour tes conseils, ta bienveillance, ton ouverture d'esprit et la confiance que tu me portes.

A mes grands-parents paternels,

A Mamie pour les moments partagés depuis mon enfance,
A Papi, que je n'ai malheureusement pas assez connu,
Pour la grande famille que vous m'avez permis d'avoir.

A Tatie et Jean-Paul, Pour votre générosité, votre amour, nos noëls en famille, ...au petit oiseau !

A Kristel, pour nos chamailleries enfants, muées en une belle complicité,

A Simon, pour ton sourire canaille !

Merci de venir me voir aussi souvent !

A Marc et Brigitte,

Pour les moments partagés de Paris à Annecy, Bourg-Saint-Maurice, Besançon...

Merci pour votre soutien.

A mes oncles et tantes, Catherine et PM, Eric et Isabelle, Olivier et Ann,

A mes cousins et cousines, Soph, pour tous les moments d'enfance partagés, Aurélie, Maylis, Hugues, Guillaume, Marie, Anne, Aurore, Mathieu et Clément,

A mes petits cousins et petites cousines, Louis, Constance, Lauren, Adam, Elliott, Lise, Paul

A mes grands oncles et tantes et grandes cousines, Michèle et Bernard, Jean et Sazo, Odile et Marianne.

Pour toutes nos joyeuses réunions familiales, nous habitons aux 4 coins de la Terre mais ne manquons jamais de nous voir. Merci pour tous vos encouragements.

A Muriel et Roger,

Pour nos discussions passionnées,

Merci de m'avoir accueillie comme vous l'avez fait.

A mes popines de médecine,

A Pauline, pour ton amitié depuis les thés des jardins de Varennes, pour nos voyages (petite pensée pour les Three horses beer de « ce beau pays, si joli, magnifique ... »), pour nos folles soirées, nos valeurs communes, ton soutien. Merci de venir me voir où que je sois !

A Yasmine, depuis les bancs des amphis de P1 et nos révisions, merci pour ce grain de folie !
Et bon vent !!

A Flora, Charlotte, Hélène, Marion, Amélie, Laure, Flore, Lucie.

Au noyau dur que vous représentez pour moi, à nos soirées endiablées des galas aux férias, à notre amitié que nous cultivons depuis « quelques » années. A votre fraîcheur ! A Jeanne & Léon, Juliette, Louise, Antoine, Thibault & Clément, et Anna, la relève est assurée !

Enfin, A Brice,

Tu partages ma vie depuis les amphis,

A ton amour, ton soutien et ta patience tout au long de ces années,

Tu m'as fait découvrir des coins de France où je n'aurais jamais pensé habiter,

Je suis heureuse de marcher à tes côtés,

Que les prochaines années nous permettent de concrétiser nos projets.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Car « Exercer une médecine éducative ne s'improvise pas »

P. Gallois et al. Education thérapeutique du patient-Le médecin est-il aussi un « éducateur » ? Médecine.2009;5(5):218-24

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	15
INTRODUCTION.....	16
1. De l’ETP de proximité à la formation des médecins généralistes	16
2. L’état des lieux.....	18
2.1. ...de l’ETP de proximité.....	18
2.2. ...de la formation en ETP.....	18
2.3. ...de la formation initiale en ETP à Toulouse.....	19
3. Description de la formation	20
4. Justification de notre travail	22
MATERIEL ET METHODES	23
1. La recherche bibliographique.....	23
2. La méthode qualitative.....	23
3. Les différentes étapes.....	23
3.1. Choix de la méthode de recueil de données.....	23
3.2. Échantillonnage.....	24
3.2.1. Recrutement	24
3.2.2. Cause de refus	24
3.2.3. Caractéristiques des participants	24
3.3. Elaboration du guide d’entretien	25
3.4. Conditions de recueil.....	25
3.4.1. Informations aux participants	26
3.4.2. Le rôle de l’animateur.....	26
3.5. Consentement et anonymat	27
3.6. Analyse des données.....	27
3.6.1. Transcription	27
3.6.2. Méthode d’analyse.....	27
3.6.3. Triangulation des chercheurs et des données.....	28
3.6.4. Validation rétroactive des données.....	28
3.7. Ethique	28
3.8. Réflexivité.....	29

RESULTAS 30

1. L'expérience vécue	30
1.1. La formation théorique	30
1.1.1. Justification de la formation théorique.....	30
1.1.2. Contenu	30
1.1.3. Pédagogie.....	31
1.1.4. Recrutement	34
1.1.5. Nombre d'internes formés.....	35
1.1.6. Traces des enseignements	35
1.1.7. Intervenants	35
1.1.8. Articulation entre théorie et pratique	35
1.2. Le stage pratique.....	36
1.2.1. Les différentes parties du stage.....	36
1.2.1.1. Les entretiens individuels.....	36
1.2.1.2. Les ateliers	36
1.2.1.3. La réunion pluridisciplinaire.....	37
1.2.2. Les apports du stage	38
1.2.2.1. La découverte de structures dispensant l'ETP.....	38
1.2.2.2. L'efficacité de la méthode.....	38
1.2.2.3. Les techniques de communication en pratique	38
1.2.2.4. L'appropriation des notions de l'ETP	38
1.3. La formation dans sa globalité	39
2. Projection dans leur pratique et avenir en ETP	39
2.1. Les modifications de pratique suite à la formation	39
2.1.1. Peu de recul.....	39
2.1.2. Une première étape.....	39
2.1.3. Des modifications en pratique de médecine générale habituelle	40
2.1.3.1. La place de professionnel ressource.....	40
2.1.3.2. La communication avec le patient.....	40
2.1.3.3. Une médecine centrée sur le patient	40
2.1.3.4. La démarche d'installation.....	41
2.1.3.5. Promotion auprès des médecins généralistes.....	41
2.2. Les freins à la pratique de l'ETP	42
2.2.1. Une vision complexe de l'ETP.....	42
2.2.2. Une mise en pratique difficile en SASPAS	42
2.2.3. En tant que jeune médecin	42
2.2.3.1. L'installation.....	42
2.2.3.2. Une question de maturité.....	42
2.2.3.3. Le manque de temps	43

2.2.3.4.	Méconnaissance et scepticisme	43
2.3.	Attrait pour l'ETP.....	43
2.4.	Faire de l'ETP.....	44
2.4.1.	Quand ?.....	44
2.4.2.	Comment ?.....	44
2.4.2.1.	Intégrer l'ETP à la pratique quotidienne	44
2.4.2.2.	Pratiquer au sein d'un programme.....	44
3.	Validation rétroactive des résultats	45
DISCUSSION		46
1.	Forces et faiblesses de l'étude	46
1.1.	Recueil des données.....	46
1.2.	La méthode d'analyse.....	47
2.	L'expérience vécue	47
2.1.	Justification de la formation	47
2.2.	Contenu	48
2.3.	Recrutement.....	49
2.4.	Pédagogie	49
2.4.1.	Le paradigme d'apprentissage, un déterminant commun	49
2.4.2.	Durée des sessions	49
2.4.3.	Les lieux d'apprentissage	50
2.4.4.	La mise en pratique	51
2.5.	Nombre d'internes formés	51
2.6.	Intervenants.....	52
2.7.	Délai entre les sessions et le stage.....	52
3.	Projection dans leur pratique et avenir en ETP	52
3.1.	Les freins à la mise en pratique.....	52
3.1.1.	Des outils perçus comme limités au champ des maladies chroniques	52
3.1.2.	Le manque de temps	53
3.1.3.	Méconnaissances et scepticisme.....	54
3.2.	Des modifications suite à la formation.....	55
3.2.1.	L'adoption d'une posture éducative	55
3.2.2.	Devenir un professionnel ressource	55
3.2.3.	Promotion de l'ETP auprès des pairs	56
3.3.	Les atouts de la pratique de l'ETP	56
3.4.	Faire de l'ETP : différents niveaux d'implication envisagés	57
4.	Implications pratiques	58

4.1.	Pour la formation	58
4.2.	En recherche	59
CONCLUSION		60
BIBLIOGRAPHIE		61
ANNEXES		66

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- **SASPAS** : Stage ambulatoire en soin primaire en autonomie supervisée
- **ETP** : Education thérapeutique du patient
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **HAS** : Haute autorité de santé
- **HPST** : Loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire »
- **ARS** : Agence régionale de santé
- **HCSP** : Haut conseil de la santé publique
- **WONCA** : World Organization of National Colleges, Academies and academic associations of general practitioners / family physicians (Family Doctors)
- **DES** : Diplôme d'études supérieures
- **INPES** : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- **CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie
- **ALD** : Affection de longue durée
- **DFGSM** : Diplôme de formation générale en science médicale
- **DSAFM** : Diplôme de formation approfondie en science médicale
- **UE** : Unité d'enseignement
- **DUMG** : Département universitaire de médecine générale
- **CNGE** : Collège national des généralistes enseignants

INTRODUCTION

1. De l'ETP de proximité à la formation des médecins généralistes

La nécessité de développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP) de proximité est maintenant reconnue par tous. L'ETP, s'appuyant sur les valeurs de la promotion de la santé, a été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1996. « Il s'agit d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle vise à aider les malades et leur entourage, à vivre plus sainement, et maintenir ou améliorer leur qualité de vie» (1,2). Cette prise en charge est une réponse à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques avec une espérance de vie augmentée (3,4). Elle est dite intégrée aux soins car elle est complémentaire des autres prises en charge (2). Elle fait cohabiter médecine, pédagogie, psychologie et communication.

La posture éducative est le premier niveau d'ETP qui peut être adoptée par tous les professionnels. Il s'agit de la démarche d'un soignant qui développe une relation soignant-patient de qualité, tenant compte de la personne malade dans sa globalité (son environnement et ses ressources psycho-sociales). Les soins sont centrés sur le patient, en lieu et place de postures injonctives ou prescriptives, plutôt centrées sur le traitement. Il s'agit d'identifier les besoins éducatifs du patient, les moyens d'y répondre, de déterminer le moment propice aux actions éducatives, puis investir celles-ci ou les soutenir et accompagner la personne dans sa démarche. Cette prise en charge centrée sur la personne à travers l'écoute active et une attitude empathique permet d'entretenir une relation ouverte, positive, durable et constructive (5-7).

En France, les premières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2007 (8) puis la loi « Hôpital, Santé, Territoires, Patients » (HPST) de 2009 (9) décrivent l'organisation de l'ETP au sein de programmes structurés, deuxième niveau de cette pratique. Un programme structuré est défini par la HAS comme « un cadre de référence pour la mise en œuvre d'une ETP personnalisée, construit par des sociétés savantes médicales et paramédicales, des groupes de professionnels de santé en collaboration avec des patients et leurs représentants. Le programme structuré est spécifique d'une maladie chronique ou peut concerner des situations de polyopathologies ». Il reprend les différentes étapes de la démarche éducative à travers un diagnostic éducatif (détermination des besoins), des séances éducatives collectives ou individuelles (acquisition ou maintien des compétences) puis une évaluation des compétences acquises et des modifications que le patient envisage pour sa vie quotidienne. « Le programme structuré est défini dans un contexte donné : qui fait quoi, pour qui, où, quand, comment et pourquoi » (10). Enfin, il

doit répondre à un cahier des charges, dont la pluridisciplinarité des équipes est un point essentiel, et être autorisé par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Ainsi, l'hôpital, grâce à la pluridisciplinarité des équipes et la possibilité de financements notamment, s'est révélé comme « le lieu naturel » du développement de programmes d'ETP. Or, pour rendre accessible l'ETP au plus grand nombre de patients, elle nécessite d'être intégrée aux soins de premiers recours. Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) recommande en effet de développer l'offre sur les lieux de vie et de soins du patient (11). Cette notion de proximité, devenue priorité nationale, a été renforcée par la loi de « Modernisation de notre Système de Santé » en Janvier 2016, qui recentre le système de santé sur les soins de proximité (12).

Le développement de l'ETP de proximité soulève la nécessaire implication des professionnels libéraux. Le médecin généraliste a un rôle fondamental dans l'ETP, qu'il doit intégrer aux soins (13). En effet, comme le souligne la WONCA, les soins en médecine générale devant être centrés sur la personne et l'approche globale, l'ETP fait partie de ses fonctions (14). Les référentiels Métier et Compétences précisent que la médecine générale comprend la promotion de l'éducation pour la santé, la mise en place de l'ETP, la réalisation de diagnostics éducatifs ainsi que l'accompagnement et le soutien motivationnel de la personne dans sa démarche (15).

Mais l'ETP nécessite des compétences venant de domaines variés tels que les sciences humaines et sociales ou la pédagogie. Elle se distingue de l'information ou du conseil de prévention au patient et implique un changement de posture des professionnels de santé. Plusieurs études ont d'ailleurs montré l'impact positif de la formation sur les pratiques des médecins (16). L'ETP a donc été intégrée à la formation médicale par le plan 2007-2011 « pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique » (17). Les rapports de C. Saout et D. Jacquat précisent que l'ETP nécessite une formation spécifique et celle-ci doit être proposée à tous les professionnels de santé, en formation continue mais également en formation initiale, au moins sous la forme d'une sensibilisation (18,19). L'académie de médecine précise en 2013 que les médecins doivent y être initiés, comme tous les soignants, dès la première année d'étude puis formés grâce à un module en 2^{ème} cycle et au cours de leur Diplôme d'Etudes Supérieures (DES) (7). De plus, depuis le 14 Janvier 2015, tous les professionnels de santé intervenants dans un programme structuré d'ETP doivent justifier de leurs compétences. Une formation minimale de quarante heures d'enseignement théorique et pratique est requise. (20,21). Elle doit permettre, selon les cas, l'acquisition des compétences nécessaires pour dispenser ou coordonner l'ETP. Enfin, les compétences à acquérir sont définies par décret et

détaillées par les référentiels de compétences mis au point par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) (*Annexe 1*). La compétence est définie « non pas comme un état mais comme un processus qui permet de mettre en synergie des ressources multiples dans une situation professionnelle ». Les sept compétences génériques requises sont : relationnelles ; pédagogiques et d'animation ; méthodologiques et organisationnelles ; et biomédicale et de soins (22–24).

2. L'état des lieux

2.1. ...de l'ETP de proximité

L'ETP de proximité tarde à s'implanter en France. En Midi-Pyrénées, selon l'ARS, le nombre de programmes autorisés est passé de 132 à 215 entre fin 2010 et fin 2015. Ces programmes sont en majorité hospitaliers. On ne compte, fin 2015, que 28 programmes ambulatoires de proximité (25). Ceux-ci sont développés par des réseaux de santé, des centres d'examen de santé des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), des associations ou des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires dont des maisons de santé. L'ensemble de ces programmes n'a permis la prise en charge que de 19% des porteurs d'une Affection de Longue Durée (ALD) identifiés par la sécurité sociale en 2010.

Un travail de recherche sur la pratique éducative des médecins généralistes de Midi-Pyrénées, effectué par P. Peytavin, révélait que la majorité des médecins généralistes pensait faire de l'ETP (26). Pourtant, la plupart réalise de l'information-conseil comme le souligne le Baromètre Santé Médecins Généralistes de 2009. Cette pratique, et l'orientation vers d'autres intervenants pour les activités d'éducation, représentent les 2/3 des prises en charge éducatives déclarées par les médecins. Seulement 1/3 des médecins mettent en œuvre par eux-mêmes des séances éducatives (27). Le manque de temps, une vision incomplète de la nature de l'ETP et le manque de formation sont décrits comme des freins à la pratique de l'ETP par les médecins généralistes (28–30).

2.2. ...de la formation en ETP

Les offres de formation à l'ETP sont nombreuses en France en ce qui concerne la formation continue. La région Midi-Pyrénées compte en juin 2015 sur son annuaire, 16 organismes différents qui proposent les 3 niveaux de formation (soit environ 50 formations) (31). Pourtant, en 2010, seulement 24,1 % des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées étaient formés à l'ETP (29).

En ce qui concerne la formation initiale, une enquête réalisée par l'INPES en 2005 révélait que sur 19 facultés de médecine répondantes, 10 avaient mis en place un enseignement spécifique en formation initiale dont 6 l'avaient intégré au 3^{ème} cycle de

médecine générale avec onze heures d'enseignement en moyenne (32). Peu d'études sont publiées à ce sujet par les facultés en France et à notre connaissance, à ce jour, aucune faculté n'intègre à la formation initiale les quarante heures validantes en ETP. Pourtant, formé dès le début de ses études à cette posture, le futur médecin peut promouvoir l'ETP auprès de ses patients et pourrait être plus enclin à avoir une pratique d'ETP au sein de programmes.

2.3. ...de la formation initiale en ETP à Toulouse

En ce qui concerne le premier cycle, la relation médecin-patient est abordée dans le module Sémiologie générale et à travers l'enseignement de psychologie médicale du module Santé-société-humanité en deuxième année du Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (DFGSM2). En deuxième cycle, la relation médecin-patient apparaît dans l'UE1 (Unité d'Enseignement) (apprentissage de l'exercice médical). L'UE8 aborde à travers la diabétologie le changement de comportement. Enfin, l'UE10 (le bon usage des médicaments et thérapeutiques non médicamenteuses) aborde l'éducation thérapeutique et l'observance des traitements. Ces enseignements sont répartis sur la première et la troisième année du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM1 et 3). Leur durée est variable en fonction de la faculté (Purpan ou Rangueil) qui délivre l'enseignement (33).

En ce qui concerne le 3^{ème} cycle, le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse a, en 2012, intégré l'ETP à la formation. Un premier séminaire « La Posture Educative » est effectué en première année puis un second « Les programmes d'ETP » en deuxième année. Chaque séminaire dure sept heures. Les enquêtes réalisées entre 2013 et 2015 et présentées aux congrès du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), révélaient : d'une part l'intérêt des internes pour le premier enseignement sur les outils de communication simples développant la posture éducative, d'autre part que 53 % des internes souhaitaient se former à la formation validante des 40 heures après avoir suivi ce séminaire. Par ailleurs, la mise en pratique des connaissances en ETP était rare au sein des terrains de stage (34–36).

Devant ces constats, le DUMG de Toulouse décide de proposer en 2015 une formation expérimentale d'éducation thérapeutique de 40 heures aux internes Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS).

3. Description de la formation

L'équipe conceptrice et organisatrice est pluridisciplinaire, comprenant des médecins, des professionnels paramédicaux : un pharmacien, une infirmière, un professeur d'activité physique adaptée et une diététicienne, ainsi qu'un patient expert. Les médecins formateurs sont, pour certains, membres du DUMG. Tous les professionnels de santé sont impliqués dans des programmes d'ETP et ont terminé une formation validante en ETP (40 heures, diplôme universitaire ou formation supérieure).

La formation comprend une partie théorique et un stage pratique. Son programme repose sur les fondements législatifs de la loi HPST et sur les recommandations de l'INPES en ce qui concerne les compétences et objectifs pédagogiques.

La formation théorique est proposée en six sessions de 3 heures. Les thèmes et contenus de séances sont :

1. Qu'est-ce qu'est l'ETP ? : définitions, impact des maladies chroniques, modèles
2. Le diagnostic éducatif : diagnostic éducatif, étapes
3. Monter une séquence pédagogique : compétences recherchées, objectifs pédagogiques, méthodes, choix d'une évaluation
4. Animer une séquence pédagogique : règles d'animation d'un groupe, animateur facilitateur, animation interactive
5. Monter un programme, financement : s'approprier la méthode et les outils pour élaborer un programme d'ETP et soumettre un dossier de demande de financement
6. Evaluations : évaluation d'un suivi : micro-objectifs, évaluation de séquences pédagogiques, de programmes.

Chaque session est dispensée par un binôme d'enseignants comprenant au moins un médecin. Le choix de cette pluridisciplinarité est fait dans la continuité du travail d'équipe en ETP, afin de sensibiliser et de promouvoir ce type de pratique auprès des étudiants.

La formation est basée sur une pédagogie active et participative, centrée sur l'apprenant selon le paradigme d'apprentissage (37). Des cours magistraux sont entrecoupés de mises en situation notamment par jeux de rôle. Le travail de groupe entre étudiants mais également avec la participation du patient « expert » est privilégié (élaborer un atelier, lister les objectifs d'une séance d'atelier par exemple). Des outils pédagogiques tels que des aliments factices ou des vignettes cliniques sont utilisés.

En ce qui concerne les lieux de formation, afin de refléter au mieux le travail de proximité, l'équipe organisatrice a choisi de dispenser les cours sur les différents lieux

d'exercice des intervenants: 3 cabinets libéraux (Saint-Orens de Gameville, Muret et Seysses) ou structures spécialisée dans l'enseignement de l'ETP (clinique de Bondigoux).

Le stage pratique répond à différents objectifs : suivre le parcours d'un patient entrant dans un programme d'ETP et réaliser des diagnostics éducatifs, mais aussi découvrir le travail d'une équipe pluridisciplinaire. Il consiste à :

1. Réaliser en supervision directe 1 à plusieurs diagnostics éducatifs (0,5 jour)
2. Assister à 1 journée d'atelier collectif en observation
3. Assister à 1 réunion d'équipe pluridisciplinaire et interviewer deux professionnels (0,5 jour)

Les lieux du stage pratique :

- Pour deux binômes d'étudiants : un programme d'ETP de proximité (Saint-Orens de Gameville ou Muret),
- Pour un binôme d'étudiants : le programme d'ETP du Centre d'examen de santé de Toulouse
- Pour un binôme d'étudiants : la clinique de prise en charge de l'obésité de Bondigoux

Enfin, un **travail personnel** en fin d'enseignement (équivalent à 4 heures) est demandé ainsi qu'un rapport de stage. Sa production permet une intégration optimale des compétences et notions de bases acquises par les internes. Elle consiste à monter un atelier pédagogique réalisable dans le cadre d'un programme fictif d'ETP en décrivant objectifs, méthodes et déroulement. Elle permet également de développer une réflexion personnelle et une relecture de l'évolution de leur pratique avec la formation afin de formaliser leur projection dans leur exercice futur.

Nombre de participants :

Le parti-pris des lieux de formation théorique limite le nombre de participants du fait de l'exiguïté des locaux. De plus, un chiffre pair est choisi pour le déroulement des séances théoriques mais également pour répartir les étudiants sur les quatre lieux de stage proposés. Huit places étaient donc disponibles.

La formation a été proposée aux internes en SASPAS du semestre de Novembre 2015 à Mai 2016. La proposition a été faite par courriel à l'ensemble des internes SASPAS le 27.11.2015, pour une formation de Décembre 2015 à Mars 2016 (*Annexe 2*).

L'inscription était volontaire. Les candidatures, par réponse courriel, ont été sélectionnées par ordre d'arrivée et certaines contenaient une lettre de motivation. Il y a eu au total 29 demandes d'inscription.

Enfin, la formation a été entièrement organisée grâce au bénévolat des formateurs.

4. Justification de notre travail

Cette formation validante aux 40 heures d'ETP, en tant que nouveau secteur d'enseignement, nous a invités à une dynamique de recherche. Ce travail s'inscrit dans l'évaluation complète de l'expérimentation. D'autres travaux concernent, en effet, le vécu des médecins généralistes, formateurs et maîtres de stage des internes SASPAS impliqués dans la formation.

La formation ayant été développée selon le concept du paradigme de l'apprentissage, son évaluation par la description du vécu des internes nous a paru essentielle. Le terme de vécu est ici utilisé dans sa définition générale comme « l'expérience réellement vécue, les faits, les événements de la vie réelle ».

L'objectif principal de ce travail était d'explorer et de décrire l'expérience vécue par les internes au cours de leur formation. Les objectifs secondaires étaient de déterminer dans quelles mesures la formation pourrait modifier leur vie professionnelle présente et future et, à partir de l'exploitation de ces données, de proposer des pistes d'amélioration de la formation pour les promotions suivantes.

MATERIEL ET METHODES

1. La recherche bibliographique

Elle a été effectuée sur les différentes bases de données automatisées : PubMed, Doc'CISMeF, Google Scholar, BDSP (Banque de Données en Santé Publique) ainsi que le catalogue SUDOC (système universitaire de documentation), LISSA de Janvier à Août 2016. Les mots-clés entrés étaient dans un premier temps : Enseignement ; Enseignement et éducation ; Etudiant médecine ; Médecine générale ; Education du patient comme sujet.

Et dans un second temps ont été recherchés : Recherche qualitative, Groupes focalisés, Recherche sur les services de santé, Méthodes.

2. La méthode qualitative

Cette méthode est adaptée à la description de l'expérience vécue. En effet, la méthode qualitative « *ne cherche pas à quantifier ou à mesurer mais à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative* ». Elle permet d'explorer les émotions, les sentiments, les comportements, les expériences personnelles et les phénomènes inconnus. Elle est descriptive et crée du sens à partir de données d'observation brutes (38,39). **Nous nous en sommes donc inspirés pour réaliser une évaluation qualitative de la formation avec pour méthode de recueil de données un entretien collectif ou focus group.**

3. Les différentes étapes

3.1. Choix de la méthode de recueil de données

La recherche qualitative peut recourir à différentes techniques de recueil de données : les méthodes de consensus (groupe nominal ou méthode Delphi), l'analyse de documents en cercle de qualité et les entretiens, individuels ou collectifs, technique la plus répandue en recherche médicale.

La méthode de l'entretien collectif a été développée dans les années 1940 par deux sociologues américains afin d'étudier les réactions des participants à la diffusion des émissions radiophoniques. Cette technique se nomme *focused interview* car elle est centrée sur une expérience vécue par l'ensemble des participants. Par la suite, les avantages de la dimension collective ont été mis en évidence par des travaux en psychologie sociale sur « la dynamique de groupe ». Utilisée dans de nombreux domaines comme le marketing, c'est dans les années 1990, que les chercheurs en santé, notamment des pays anglo-saxons, se sont approprié la technique du focus group dans le domaine du soin primaire (40).

Il s'agit d'entretiens de recherche collectifs, ce qui suppose la prise en compte des interactions sociales qui se jouent pendant la discussion. La dynamique de groupe permet d'explorer différents points de vue. L'expression libre des uns permet de lever l'inhibition des autres.

Cette technique est adaptée à notre question de recherche : d'identifier les attentes, les satisfactions, ou de mieux comprendre les comportements et les opinions afin de trouver des pistes pour améliorer la formation proposée. Par ailleurs, le thème étant professionnel, les aspects « bloquants » de la discussion de groupe (timidité, réticence à l'expression d'idées personnelles en public) sont limités (41).

3.2. Échantillonnage

3.2.1. Recrutement

Nous nous sommes intéressés à la totalité des internes ayant participé à la formation pour panacher les opinions et faire émerger tous les points de vue sur le sujet. Les étudiants ont été invités par courriel, dès leur inscription à la formation le 27 Novembre 2015, à participer à une réunion finale d'évaluation avec buffet (*Annexe 2*). La participation à la réunion est obligatoire, faisant partie de la formation. En effet, en deuxième partie de réunion, après le focus group, chaque interne a été invité à présenter l'atelier pédagogique qu'il avait écrit. Un courriel de confirmation a été envoyé le 11 Avril 2016 précisant le lieu, la date et l'heure de la réunion.

3.2.2. Cause de refus

Un interne n'était pas présent lors de l'entretien suite à une panne automobile.

3.2.3. Caractéristiques des participants

Les caractéristiques de l'échantillon, présentées en tableau 1, ont été obtenues au début de la première session théorique de la formation. Elles ont été recueillies par l'un des formateurs de la séance, de manière anonyme.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

	Age	Genre	Semestre en cours	Participation à un programme d'ETP via un stage précédent	Stage avec un MSU participant à un programme d'ETP	Formation en ETP en dehors du DES	DESC en cours	Installation en tant que MG prévue	Poste hospitalier prévu	Participation à un programme d'ETP prévue
A	27	F	5	N	O	N	N	N	N	N
B	26	F	5	N	N	N	N	NSP	N	NSP
C	27	H	5	O	N	O	N	N	N	N
D	27	F	5	N	N	O	N	N	N	O
E	26	F	5	O	O	O	N	N	N	N
F	31	F	6	N	O	N	N	O	N	N
G	25	F	5	N	N	N	O	O	N	N
T = 7	Moy 27	F = 6 H = 1	5ème 6 6ème 1	Oui = 2 Non = 5	Oui = 3 Non = 4	Oui = 3 Non = 4	Oui = 1 Non = 6	Oui = 2 Non = 4	Oui = 0 Non = 7 NSP = 0	Oui = 1 Non = 5 NSP = 1

Formation en ETP en dehors du DES : stage d'externat, cours optionnel en externat, stage hospitalier diabétologie.

3.3. Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré pour explorer ce qui a pu être apporté par la formation théorique et pratique aux internes, mais également ce qui a pu manquer dans la formation. Nous nous sommes aussi intéressés à l'avis des étudiants concernant son organisation. Enfin, nous avons abordé la question de leur projection dans l'avenir dans la pratique d'ETP.

La forme des questions posées au cours des entretiens dépend de la précision attendue des réponses et de la volonté de faire émerger de nouvelles idées (41). Afin de gagner en fluidité, et de permettre l'analyse inductive, l'entretien semi-structuré a été choisi. Ce choix a permis de préciser les questions au gré de la discussion, d'en modifier l'ordre sans omettre une question préétablie du guide. Les questions étaient ouvertes, afin que chacun puisse exprimer son opinion et interagir avec les autres participants (*Annexe 3*).

3.4. Conditions de recueil

Sept participants ont donc formé le groupe de discussion.

L'entretien a eu lieu le 13 Avril 2016, dans une salle de réunion neutre et facile d'accès de l'Union Régionale des Professionnels de Santé. Il a duré 95 minutes et a été enregistré à l'aide de deux dictaphones.

Afin de ne pas créer d'ordre ou de hiérarchisation entre les participants et avec l'animatrice, une disposition circulaire a été aménagée. Le placement des participants a été libre (*Annexe 4*).

3.4.1. Informations aux participants

➤ *Sur la recherche*

Les participants se sont présentés à la réunion d'évaluation sans connaître la question de recherche ni les questions du guide d'entretien. Le but était d'obtenir les réponses les plus spontanées possibles. La technique de focus group ainsi que le thème de la discussion leur ont été expliqués avant de débiter l'enregistrement. Il leur a été également précisé que l'objectif n'était pas d'obtenir un consensus sur le sujet.

➤ *Sur les personnes présentes*

L'animatrice de l'entretien n'a pas participé à la formation ou à d'autres enseignements concernant l'ETP. Cependant, étant membre du DUMG, elle pouvait être connue de certains internes. Afin de ne pas influencer le recueil des données, notre directrice de thèse ainsi que les autres professionnels impliqués dans la formation ou son évaluation n'ont pas assisté à l'entretien. Il est à noter qu'une chef de clinique avait été sollicitée pour être observateur du focus group mais elle a dû annuler sa participation au dernier moment du fait d'un problème de santé. La date de réalisation du focus group n'a pu être reportée car l'ensemble des étudiants n'auraient pu y assister, la fin de leur stage étant proche.

3.4.2. Le rôle de l'animateur

Le focus group a été animé par un médecin formé et expérimenté à la méthode d'animation des groupes de discussion. Les informations concernant la recherche et le guide d'entretien lui ont été confiées quelques minutes avant la réunion.

Chargée d'animer le groupe, elle a lancé la discussion, distribué la parole, recentré la discussion selon les besoins, reformulé les idées importantes qui ont émergé et transmis à l'oral certains aspects non verbaux de la discussion. Son rôle a également consisté à vérifier que tous les thèmes du guide d'entretien étaient abordés. Enfin, elle s'est occupée de la préparation de la salle, de l'accueil des participants et du bon fonctionnement des deux dictaphones.

3.5. Consentement et anonymat

Le consentement des participants a été recueilli à l'oral avant l'enregistrement du focus group. Il leur a également été précisé que l'enregistrement pouvait être interrompu à tout moment. Nous avons envoyé dans les jours suivants une lettre d'information détaillée concernant les objectifs de la recherche à l'ensemble des participants. Ils ont alors, via un formulaire de consentement, confirmé leur accord à l'enregistrement des données et à leur analyse (*Annexe 5*).

Lors du focus group, dans un but d'anonymisation, chaque interne s'est vu attribué un numéro dans le sens antihoraire en partant de l'animatrice. Ils se sont employés à énoncer leur numéro à chaque prise de parole.

Lors de la transcription, l'anonymisation des participants, formateurs, lieux et programmes d'ETP (ayant accueilli les internes) cités a été réalisée.

3.6. Analyse des données

3.6.1. Transcription

Auparavant, lors d'une réunion avec l'animatrice, l'attitude globale des participants, leurs interactions, le résumé de l'entretien et les points importants relevés nous ont été transmis. Cela nous a permis de comprendre le contexte du focus group.

Nous avons réalisé une transcription intégrale des échanges sur un fichier Word© dans les jours suivant l'entretien. Les paroles de chaque participant ont été individualisées. Les commentaires de l'animatrice ont été identifiés par la couleur noire. La transcription a été relue à deux reprises avec réécoute de l'entretien afin de ne rien omettre (*Annexe 6*).

3.6.2. Méthode d'analyse

L'objectif est de « donner du sens » aux données brutes, ici à la transcription de l'entretien ou « verbatim » (42). Nous avons choisi la méthode d'analyse thématique inductive qui consiste à passer du spécifique (les faits rapportés) au général. Il n'y a donc pas d'hypothèse formulée en analyse inductive et toutes les réponses sont envisageables, à l'opposé de l'analyse déductive qui vérifie que les données récoltées correspondent aux hypothèses préétablies (43).

Nous avons effectué dans un premier temps plusieurs lectures flottantes du verbatim afin d'appréhender le contenu dans sa globalité. Nous avons identifié des segments de texte, ou « unités de sens », correspondant aux réponses à la question de recherche. Chaque unité de sens a été identifiée par le numéro de l'interne qui s'exprimait, la page et la ligne à laquelle elle se trouvait dans la transcription. Nous avons attribué à chaque extrait un

code : mot ou phrase courte à laquelle se rapporte l'unité de sens. L'ensemble des codes constitue le codage linéaire.

L'étape de la condensation des données a consisté à classer les codes selon les catégories auxquelles ils se référaient puis nous avons regroupé les catégories par thèmes. Il s'agit du codage axial puis thématique.

Nous avons réalisé l'analyse des données grâce au logiciel Excel©. Le tableau Excel© a été mainte fois remanié devant les différentes possibilités de catégorisation des données. Le but étant de le rendre lisible et représentatif du verbatim (*Annexe 7*).

La saturation théorique des données est le terme du développement d'une catégorie à partir duquel plus aucun nouveau code n'émerge de l'analyse (42). Etant dans le cadre d'une étude à petite échelle, elle n'a pas été recherchée.

3.6.3. Triangulation des chercheurs et des données

L'analyse a été effectuée par un seul chercheur sous la supervision de notre directrice de thèse. L'objectif était qu'elle nous apporte une aide en cas de doute dans le codage linéaire. Faisant partie des organisateurs et formateurs de la formation, sa participation a été minimale à cette étape afin de ne pas risquer d'influencer l'analyse. L'animatrice nous a apporté une aide précieuse en nous transmettant le contexte de l'entretien et les idées importantes relevées et en validant le codage linéaire.

L'analyse a été faite dans un souci du sens et, dans ce cadre, nous avons effectué un va-et-vient permanent entre le codage, le verbatim et l'enregistrement audio.

3.6.4. Validation rétroactive des données

Le tableau de codage a été adressé par courriel aux internes, le 17 Août 2016, en fin d'analyse. Nous leur avons demandé de préciser par retour de courriel si l'analyse correspondait aux échanges ou si des modifications étaient à apporter.

3.7. Ethique

Nous avons obtenu un avis favorable du comité d'éthique du département de médecine générale de Midi-Pyrénées le 15 mai 2016 (*Annexe 8*).

3.8. Réflexivité

Au cours de mon parcours professionnel, j'ai côtoyé les patients atteints de maladie chronique et j'ai pu appréhender la place et l'importance de l'ETP dans leur parcours. Ma participation à des séances individuelles d'ETP mais également l'observation de séances collectives dans le cadre de mes stages m'ont permis de saisir la notion de posture éducative. Ayant passé les Epreuves Nationales Classantes en 2010, je n'ai malheureusement pas participé aux modules proposés dès 2012 par le DUMG. L'exercice de médecin remplaçant, en divers lieux de France, m'a montré qu'il était important de développer l'ETP de proximité. Il m'a également permis de développer une relation éducative avec les patients et a révélé ma volonté de me former à l'ETP. J'aurais souhaité bénéficier d'une telle formation. C'est pourquoi, lorsque j'ai appris qu'une formation validante en ETP était proposée, j'ai souhaité m'associer au projet de son évaluation.

Ainsi, j'ai réfléchi à mes attentes en matière de formation, à mon vécu de la formation initiale de médecine générale, à ma propre projection dans l'avenir de mon exercice et à mon statut actuel d'interne. Consciente que ces éléments pouvaient influencer notre recherche, cette réflexivité m'a permis d'en limiter l'impact sur notre analyse.

RESULTAS

1. L'expérience vécue

1.1. La formation théorique

1.1.1. Justification de la formation théorique

La partie théorique de la formation a été décrite comme nécessaire, voire même obligatoire pour comprendre l'ETP dans sa définition. Elle a permis à certains étudiants de se rendre compte de la spécificité de cette pratique, son champ lexical, et ses techniques spécifiques.

« une partie théorique qui était nécessaire, parce que apparemment, enfin, j'avais pas estimé que l'éducation thérapeutique y'avait, enfin ..., un champ lexical très compliqué, très spécifique, des termes bien définis pour tout, des techniques. » (4 p.1 l.12-15)

Pendant, sa densité et sa complexité ont été évoquées comme source de difficultés de mémorisation et de confusion.

1.1.2. Contenu

Alors même que les étudiants ont dit avoir compris que la formation permet de dispenser l'ETP au sein de programme, certains ont exprimé le regret qu'elle soit axée vers cette pratique de l'ETP. En effet, s'adressant à des professionnels en formation initiale, ils auraient souhaité que la formation soit plus axée vers la pratique quotidienne d'ETP en médecine générale.

« On a abordé que l'ETP en réseau. » (7 p.9 l.304)

« Moi je trouve que ça reste quand même une formation qui est proposée en internat de médecine générale et que quand même pour autant ça pourrait du coup un peu intégrer, heu, la pratique quotidienne. » (6 p.10 l.339-341)

La démarche des internes à suivre cette formation a été probablement différente de celle des professionnels exerçant, puisque dans leur cas, il s'agissait de leur formation initiale.

« Parce que la dé...la démarche que nous on a, à venir faire la formation, je pense est différente de gens qui s'inscrivent en formation continue. (Animatrice : tout le monde est plutôt d'accord avec ça, (...)) je vois que tout le monde acquiesce... » (5 p.11 l.378-382)

Les internes auraient voulu que les thèmes concrets soit plus développés mais ont reconnu être conscients que tout ne pouvait être appris en 40 heures. Les premiers cours ont ainsi été qualifiés de plus pratico-pratiques. Connaître les « trucs et astuces » de l'animation, par exemple, a semblé à certains plus utile que des thèmes tels que la législation. Les thèmes « concrets » cités ont été la psychologie de la relation soignant-

soigné et la posture éducative. Les techniques de communication ont également été abordées. Un interne s'est par exemple questionné sur la façon de parler concrètement au patient pour l'aider au sevrage de toxique, après avoir utilisé le cercle de Prochaska pour évaluer son stade motivationnel. Ces thèmes ont été considérés, en effet, comme peu abordés au cours des études médicales. Les étudiants ont exprimé un réel enthousiasme pour ces sujets qui peuvent être, selon eux, aussi bien utiles en consultation de médecine générale qu'en pratique d'ETP.

« c'est de l'aspect pratique, en fait, ouai, c'est vraiment le côté concret, comment...enfin un peu de psychologie, un peu de technique de ..., on en a parlé, la comment, je ne sais plus comment ça s'appelle, la ... posture réflé...(...), voilà la posture éducative tout ça. Mais ça c'est, enfin moi je trouve ça hyper intéressant, je trouve que déjà on le fait très peu pendant nos études de médecine, et je trouve que ça, ça nous manque, et...» (4 p.9 l.309-313)

Un interne aurait souhaité avoir des informations plus pratiques, sur les étapes, les difficultés, les personnes ressources à contacter pour monter un programme d'ETP. Il aurait souhaité également que soient développées certaines techniques d'animation des ateliers dont le positionnement des patients selon leur caractère, expliquant que voir un atelier avant la session l'avait rendu curieux.

1.1.3. Pédagogie

Les internes ont, à plusieurs reprises, fait un parallèle entre leur situation d'apprentissage et celles des patients en ETP.

« Parce que le but de l'éducation thérapeutique, c'est de trouver des moyens de faire passer l'information au patient, je me dis que finalement on est un peu dans cette même situation, d'apprentissage, (...). » (4 p.1 l.21)

Parlant même parfois « d'inadéquation » pédagogique, ce parallèle a été fait sur plusieurs sujets.

« parce que c'est vrai c'était, heu y'avait une inadéquation entre, heu... la pédagogie qu'on nous enseignait et qu'on nous disait d'utiliser pour vraiment faire passer les choses (...). » (3 p.2 l.38-40)

L'importance du choix d'un lieu adapté pour dispenser l'ETP a été enseignée aux internes. Pourtant, ils ont considéré que deux lieux n'étaient pas adaptés à leur formation, l'un car trop éloigné de Toulouse, l'autre pour le manque de visibilité du support pédagogique ne favorisant pas la participation. Les autres lieux ont été dits adaptés.

« On nous apprend aussi que un lieu adapté qui correspond, enfin voilà...où tout le monde s'entend ou on peut voir l'écran, etc., et ça a pas toujours été le cas. » (6 p.9 l.279-280)

L'exemple choisi par un étudiant pour illustrer « l'inadéquation » entre les enseignements a été celui de la durée des cours, de plus de 45 minutes, et de leur présentation sur PowerPoint©.

« Alors, heu, l'exemple, c'est, on...on a eu comme information, ben un cours théorique pour qu'il soit bien intégré il doit durer 45 minutes, (...). Le power point n'est pas forcément un support pédagogique très pertinent (...). Sauf qu'on a eu que des cours de plus de 45 minutes et que des cours sur PowerPoint©. » (3 p.2 l.46-50)

Un étudiant a, à ce sujet, tenu à préciser que ce support n'avait été utilisé que comme résumé du cours qui s'était déroulé par échanges entre formateurs et étudiants. Concernant la durée de présentation, une séance a regroupé deux cours, suite à l'éloignement d'un lieu de formation. Les internes ont jugé que cette séance, trop longue, avait été complexe à suivre et source de confusion. Le second cas concerne la séance « Monter un programme, financement ». En effet, bien qu'ayant reconnu l'utilité d'un cours sur ce sujet, l'aspect réglementaire et législatif de l'ETP a peu enthousiasmé les étudiants. L'un d'eux a été surpris par cet enseignement auquel il ne s'attendait pas. L'exposé des différents textes de loi a été décrit comme peu attrayant et complexe, la séance comme longue.

« enfin je pense pas qu'on s'attendait, enfin moi, je ne m'attendais pas à... ce genre de formation là, ce jour là. » (5 p.7 l.208-209)

La mise en pratique lors des séances théoriques a également été discutée et mise en parallèle avec l'enseignement de l'ETP. Les internes ont exprimé leur souhait d'une formation plus ludique au cours de laquelle ils seraient plus actifs, comme cela est fait avec les patients en ETP.

« j'aurais bien aimé des, plus d'ateliers, finalement même pour nous (rire) quand on était en cours. » (4 p.1 l.22)

En effet, les séances théoriques au cours desquelles des ateliers ont été proposés, ont été appréciées. Ils se sont dits très satisfaits, par exemple, du cours « Monter une séquence pédagogique » où la mise en pratique leur a donné l'impression de progresser dans les savoirs et savoir-faire.

« (...) celui au niveau de la pédagogie où on a mis en pratique, (...), les choses, heu on est tous ressortis ravis de ce cours, (...), parce que on a vraiment l'impression de comprendre des choses, et d'arriver à faire des choses, et d'avoir appris à faire des choses, en quelques heures, ... » (5 p.7 l.212-215)

Les internes ont aussi évoqué le jeu de rôle, réalisé avec la participation du patient « expert » qui leur a été proposé dans la séance du « Diagnostic éducatif ». Celui-ci a été jugé complexe car la méthode pédagogique ne leur a pas semblé être acquise par le patient

« expert ». Malgré cet « échec », la forme de la séance a été plébiscitée, la mise en situation directe permettant de faire le lien entre la théorie et la pratique. Pour eux, cette formule a représenté « un bel essai... à transformer ».

« Pour le coup, ça aurait été un cours, si ça avait bien marché, et oui, ça aurait été super parce que c'était vraiment lier la théorie avec la pratique, mise en situation directe et analyse, discussion...Ca aurait été super. Le principe était très bon. (4 p.23 l.825-827)

Cette pratique entre internes a été décrite comme permettant une meilleure compréhension et une meilleure mémorisation de ces nouvelles notions. « Faire » permettrait donc, selon les étudiants, de se les approprier avant le stage, et d'être plus à l'aise lors de celui-ci.

Enfin, la continuité de la formation a été comparée aux programmes d'ETP, très élaborés, cadrés et réfléchis, présentés aux internes. Bien que se disant conscients que la disponibilité des intervenants conditionnait l'organisation de la formation, les étudiants ont évoqué un décalage dans leur apprentissage du lexique dû à l'inversion chronologique des deux premiers cours. Ils se sont ainsi décrits comme étant dans le « flou » après ces deux séances.

« sur les premiers cours y a eu un réel problème de chronologie, on a eu l'introduction qui a été fait au ... en 2ème (en cœur par l'assemblée), qui du coup a repris des notions qu'on avait pas bien saisies sur le 1er cours, et du coup ça a un peu tout décalé donc on a déjà été dans le flou. » (5 p.5 l.156-159)

Des redondances avec les enseignements antérieurs mais également entre les différentes séances ont été évoquées. Les internes ont attribué ces redites à la possible méconnaissance des formateurs sur le contenu des cours qu'ils n'avaient pas présenté. Ils ont également remarqué une utilisation différente du lexique en fonction des formateurs et des structures d'ETP les accueillant. Ceci a été pour eux source de confusion et de difficulté pour faire « matcher » les termes.

« (...) on nous parlait de la même chose, mais avec des termes différents, en fonction de, des structures qui faisaient de l'éducation thérapeutique. » (3 p.3 l.93-94)

Ils ont également évoqué le délai entre les séances théoriques, parfois trop important, source d'oubli.

>>Propositions des étudiants :

Reprenant le schéma des ateliers d'ETP proposés aux patients, les étudiants ont proposé pour chaque séance, une partie purement théorique plus courte de 45 minutes puis une mise en pratique sous forme de situations cliniques ou de jeux de rôle.

« Oui, j'ai trouvé à peu près la même chose. Et c'est vrai qu'au final ces cours (...) se seraient peut être mieux passés si on avait eu justement 45 minutes de théorie vraiment et comme tu disais des ateliers plutôt après pour mettre en pratique. » (6 p.2-3 l.58.61)

Pour répondre au problème de continuité abordé précédemment, les internes ont suggéré de débiter la formation par un cours de présentation de la formation et de l'ETP. Ils ont imaginé celui-ci plus bref que les autres séances, regroupant tous les formateurs et au cours duquel le programme de la formation serait exposé.

« Et peut être un cours théorique aussi plus court, au tout début, où tout ça est initié. C'est-à-dire la mise en place de notre formation : comment elle va se passer, globalement comment ça se passe l'éducation thérapeutique et ..., en fait un ... un cours qui servirait d'initiation (...). » (3 p.2 l.33-36)

De plus, la continuité pourrait être améliorée, selon eux, par une meilleure répartition des thèmes des séances de la formation. L'utilisation d'une trame commune, par le biais de diapositives utilisées au cours de toutes les séances, a été proposée.

« Peut être nécessaire (...) et surtout qu'il y ait une ... un lien entre ces cours. (...) pouvoir se référer à un schéma global (...) une trame qui serait suivie tout au long des autres cours. » (3 p.2 l.31, 32, 37)

1.1.4. Recrutement

Certains étudiants ont vu dans le recrutement par courriel l'avantage d'une sélection d'internes déjà intéressés par l'ETP. Ce mode de sélection rapide correspondait assez bien à la situation de la mise en place de cette formation test, mais n'a pas pu, selon eux, satisfaire tous les internes en SASPAS intéressés. En effet, ils ont évoqué le fait que d'autres étudiants avaient exprimé leur regret de ne pas participer à la formation.

>>Proposition des étudiants :

Dans ce contexte, ils ont suggéré d'organiser d'autres formations afin de satisfaire le plus grand nombre.

« Mais, je pense qu'il faut qu'ils en organisent d'autres, parce que, moi je sais qu'y en a, j'ai plein d'amis internes SASPAS qui ont dit « ben moi je n'ai pas pu la faire. Je pense que ça aurait pu intéresser d'autres personnes. » (7 p.23 l.839-841)

1.1.5. Nombre d'internes formés

Les étudiants ont trouvé que leur nombre était tout à fait adapté aux séances théoriques et pratiques, le comparant au nombre de patients en atelier.

« et... mais et bien sûr il faut pas être plus, parce que 8, bon je trouvais que c'était très bien comme petit groupe. C'est...pas plus, comme les ateliers d'éducation thérapeutique. » (7 p.23 l.837-838)

1.1.6. Traces des enseignements

Les étudiants ont été demandeurs de traces des enseignements.

>>Proposition des étudiants :

Ainsi, ils ont suggéré la mise en place d'un support accessible en ligne, sur le site du DUMG ou par l'intermédiaire d'une DropBox© qui regrouperait les présentations PowerPoint© et les documents cités par les intervenants.

1.1.7. Intervenants

La pluridisciplinarité des intervenants a été appréciée des internes. Ils auraient souhaité en apprendre d'avantage sur les pratiques personnelles de ces professionnels dans le cadre de l'ETP.

« (...) comment dire, ... ils ont pas apporté leur petit grain de sel. » (7 p.8 l.258)

Concernant le patient « expert », les étudiants se sont montrés indécis sur la nécessité de son intervention devant le déroulement de la séance.

>>Proposition des étudiants :

Un interne a proposé l'intervention d'une personne de l'ARS dans la séance « Monter un programme, financement » afin d'apporter des éléments pratiques aux étudiants.

1.1.8. Articulation entre théorie et pratique

Les délais entre les séances théoriques et le stage pratique ont été variables en fonction des binômes de stage. Pour ceux dont le stage a été plus éloigné, le temps écoulé a été, selon eux, source d'oubli.

>>Proposition des étudiants :

Ils ont ainsi précisé qu'il serait intéressant de coupler des stages à la théorie, par thème, dans la même semaine que la séance.

1.2. Le stage pratique

N'ayant pas tous bénéficié du même stage, l'expérience rapportée a varié selon les participants.

« Parce que quand j'écoute tous vos... finalement tous vos... toutes vos expériences personnelles, j'ai l'impression de vivre un truc complètement différent de ce que nous on a fait. (rires de l'assemblée, hum). » (7 p.16 l.566-567)

Cependant, ils ont tous dit avoir été satisfaits de cette partie de la formation, mettant en avant un très bon accueil et l'enthousiasme des équipes à leur arrivée.

1.2.1. Les différentes parties du stage

1.2.1.1. Les entretiens individuels

Le diagnostic éducatif a été qualifié de très intéressant par tous. Pour un interne, il s'agissait de la notion phare de la formation. Les binômes ont assisté à des entretiens de diagnostic éducatif, certains en tant qu'observateurs, d'autres ont pu mener la discussion. Un étudiant a précisé, déçu, qu'en l'absence de « trame » d'entretien, il ne s'est pas senti capable de mener la discussion. Alors que d'autres ont pu la mener grâce cette aide. Les différentes techniques d'entretien avec ou sans guide seraient toutes intéressantes à découvrir, selon eux.

« Là bas, y'a pas de trame. Donc, en fait moi je me sentais pas de faire le diagnostic, toute seule comme ça, sans avoir de trame. Donc j'ai écouté. Comme y'a pas eu d'autres patients, j'ai pas pu en faire après. (inspiration profonde). » (6 p.15 l.514-516)

Un binôme, enfin, s'est dit déçu de ne pas avoir assisté à un diagnostic éducatif et a estimé que cela manquait à leur formation. Les deux participants ont précisé avoir assisté, à la place, à des entretiens individuels d'évaluation finale après trois semaines de programme en structure d'hospitalisation qu'ils ont qualifiés d'intéressants.

1.2.1.2. Les ateliers

Tous les binômes ont pu assister à des ateliers et ont insisté sur le fort intérêt qu'ils leur ont porté. Alors que certains ont appuyé sur le fait qu'ils n'avaient pas participé, d'autres ont qualifié le rôle d'observateur d'intéressant surtout lors des ateliers de groupe par rapport au diagnostic éducatif. N'étant pas dans l'action, ce rôle leur a permis de voir de façon concrète comment se déroule un atelier, ce qui fonctionne ou non et d'observer l'émulation de groupe.

>> *Proposition des étudiants :*

Pour compléter l'observation des ateliers et faire un lien entre la formation théorique, son lexique et le stage pratique, les étudiants auraient souhaité analyser la séance. Tous auraient trouvé « super intéressant » et constructif de voir comment les équipes élaborent les ateliers et de comprendre le choix des animations. Ce moment, selon eux, permettrait également de reconnaître les situations vues en théorie, d'identifier les patients, les objectifs de la séance et d'utiliser le lexique de l'ETP.

« avoir vraiment un débriefing et ...voilà décortiquer cet atelier, heu...ça aurait été du coup je pense, oui, super intéressant. » (4 p.13 l.450-451)

1.2.1.3. La réunion pluridisciplinaire

Cette partie du stage a été jugée moins intéressante que les entretiens individuels ou les ateliers.

« heu... moi, donc y avait 2 parties, en gros 2 parties, 3 mais... une qui était peut-être un peu moins intéressante. La partie échanges pluri-professionnels dans le stage que nous on a fait, était pas forcément très intéressante pour nous, j'ai trouvé (...). » (5 p.13 l.432-433)

Les étudiants ont dit ne pas avoir compris son intérêt. Un binôme a expliqué par exemple avoir assisté à une réunion de fonctionnement du programme au cours de laquelle il était question de prospectus. Selon eux, les points abordés étaient hors sujet par rapport à leur formation.

« Enfin, concrètement d'impression de flyers à un moment et de choses comme ça. Donc, voilà, de typographie à utiliser pour le flyer. (...) C'était hors sujet, voilà, complet ! » (4 p.17 l.589-591)

Selon un autre binôme, le formateur lui-même n'aurait pas compris en quoi devait consister cette réunion. A la place, ils ont échangé sur l'atelier vu et sur les projets d'avenir des étudiants, ce qu'ils ont jugé intéressant et constructif.

1.2.2. Les apports du stage

1.2.2.1. La découverte de structures dispensant l'ETP

Pour certains, faire ce stage pratique leur a permis de découvrir un programme d'ETP en institution, ce qui leur a paru nouveau. D'autres ont trouvé intéressant de voir comment se déroulait l'ETP en réseau libéral.

« Oui, puisque du coup, nous du coup on a découvert une structure avec une hospitalisation, (...). Donc ça c'était, c'était nouveau. » (2 p.14 l.477-479)

1.2.2.2. L'efficacité de la méthode

Avoir assisté aux entretiens individuels et aux ateliers leur a permis, selon les témoignages, de constater que la méthode est efficace. Un interne a pu se rendre compte que l'émulation de groupe fonctionne puisque certains patients se sont inscrits à un club de marche. Le binôme ayant assisté à des évaluations finales, a jugé la prise en charge efficace devant la satisfaction des patients, leur motivation à changer leur mode de vie et l'objectif atteint de la perte de poids.

« Mener une consultation de diagnostic éducatif, avec la trame à côté, comment on...on l'amène et puis qu'est-ce qu'on peut en tirer, là c'était pour moi un exemple parfait de l'efficacité de cette méthode. » (3 p.15 l.503-505)

1.2.2.3. Les techniques de communication en pratique

Voir les techniques de communication mises en pratique, et leur apport riche en informations, a été l'un des avantages du stage le plus cité. Le fait que le diagnostic éducatif, grâce à sa durée et à l'utilisation de questions ouvertes, ait permis au patient de se livrer d'avantage qu'avec son médecin traitant a surpris plusieurs étudiants.

« C'est que je pensais pas qu'on pouvait glaner autant d'informations en laissant parler le patient. Moi, j'étais avec un patient très bavard (rires) qui parlait de plein de choses dans sa vie, etc. et en fait finalement, beh...en le laissant parler on a quand même vraiment glaner beaucoup d'informations par rapport au diabète, par rapport à son alimentation, par rapport à son mode de vie. Enfin, c'était vraiment, et c'est vrai que ça m'a...enfin, ça je m'y attendais pas du tout. » (6 p.15 l.517-522)

1.2.2.4. L'appropriation des notions de l'ETP

Enfin, les étudiants ont mis en avant que le stage leur a permis de mieux s'approprier les notions de l'ETP, les voyant mises en pratique ; mais s'ils avaient mené les entretiens, l'appropriation aurait été meilleure.

1.3. La formation dans sa globalité

Les internes ont estimé avoir été critiques envers la formation lors de cette séance d'évaluation. Certains ont tenu à préciser cependant qu'ils en étaient satisfaits et qu'ils en ressortaient avec une note positive.

« Bon, la formation, on en a bien discuté, il y a des choses qui allaient, des choses qui allaient moins bien, mais dans tous les cas...moi je reste assez positive dans l'ensemble (...). » (4 p.21 l.732-734)

« il y a eu quand même beaucoup de choses très bien, (...), et moi j'en ressors quand même, très ...avec... (satisfaite (3)), avec une note positive de cette formation. » (7 et 3 p.23 l.831)

A la fin de l'entretien, l'animatrice a proposé aux étudiants de résumer leur vécu en un mot. Les mots choisis ont été : « théorique », « brouillon », mais également : « prometteur », « enrichissant », « challenge », « motivation » ou encore « satisfait malgré tout ».

Les internes ont précisé qu'ils avaient tout dit de leur vécu de la formation.

« Je pense qu'on a fait le tour ! (chuchoté, rires de l'assemblée). » (3 p.25 l.894)

2. Projection dans leur pratique et avenir en ETP

2.1. Les modifications de pratique suite à la formation

2.1.1. Peu de recul

Les internes ont précisé avoir peu de recul, au moment de l'entretien, pour évaluer les modifications qu'ils pourraient avoir mis en place. Certains ont dit avoir essayé de modifier leur pratique. D'autres ont précisé que la formation avait eu plein d'intérêts sans pour autant les détailler. Ce facteur temps a été renforcé par plusieurs témoignages disant que, peut-être plus tard, il y aurait plus de modifications, notamment en s'impliquant dans un réseau d'ETP. Cependant, ils ont tous évoqué des changements dus à la formation.

2.1.2. Une première étape

Pour un étudiant, la formation lui a permis de cibler les connaissances qu'il souhaite acquérir à l'avenir. La formation des 40 heures a été décrite comme une première étape, un « tremplin » vers plus de formations spécifiques mais également vers l'ETP. Que la formation puisse permettre aux étudiants de participer à un réseau a été jugé très positif.

« Bon, la formation, vu qu'elle va nous apporter quand même ces 40 heures, qui nous permettront ensuite de participer à un réseau, je trouve que c'est super. » (4 p.21 l.729-730)

2.1.3. Des modifications en pratique de médecine générale habituelle

2.1.3.1. La place de professionnel ressource

Les étudiants ont dit avoir passé le pas, suite à la formation, en osant parler ouvertement de l'ETP aux patients. L'un d'entre eux a expliqué avoir fait un peu de promotion pour l'ETP. Alors même que les patients ne leur ont pas semblé au bon stade motivationnel pour suivre un programme d'ETP, ils ont dit espérer leur adhésion. Ils ont également précisé avoir eu la démarche de trouver des programmes pour leurs patients.

« Enfin voilà, je peux passer le pas, je leur en parle ouvertement (...). » (4 p.12 l.391)

2.1.3.2. La communication avec le patient

Se disant plus sensibilisés aux techniques de communication, plusieurs internes ont modifié leur pratique. En effet, après avoir assisté au diagnostic éducatif, il leur a semblé indispensable d'améliorer leur communication avec le patient. Certains ont expliqué poser plus de questions ouvertes suite à la formation alors qu'ils avaient tendance à employer des questions fermées auparavant.

« au niveau du diagnostic éducatif, heu...le patient avait livré des choses qu'il avait finalement pas livrées au médecin traitant qui le connaissait bien. Donc, comme quoi, il y a vraiment un progrès à faire sur nos, nos techniques de communication. » (5 p.12 l.405-407)

2.1.3.3. Une médecine centrée sur le patient

Les étudiants ont fait le constat qu'ils ne posaient, auparavant, pas assez de questions au patient, lors d'un renouvellement par exemple, sur son vécu de la maladie, sa compréhension du traitement. Pour eux, le manque de temps en était la raison.

« (...) il y a des choses qu'on ne sait pas, parce qu'on ne les demande pas ou parce que on ne sait pas les entendre. Et pour ça il faut un...une durée, quand même, (...). » (3 p.12 l.418-420)

Ils souhaiteraient donc s'axer plus sur la clinique que sur les autres aspects de la pathologie.

« J'aimerais que ça me...m'aide, par contre peut être un peu mieux à communiquer (...) Et qu'on s'axe un peu plus sur la clinique que sur les aspects autour. » (6 p.19 l.680)

2.1.3.4. La démarche d'installation

Après la découverte d'un réseau libéral, un étudiant a exprimé son souhait de contacter rapidement les professionnels paramédicaux proches de son futur lieu d'installation et intéressés par l'ETP. Précisant même qu'il pourrait opter pour l'endroit où les professionnels seraient les plus motivés par la création d'un programme

« (...) admettons là où je m'installe, j'aurais peut-être une démarche initiale différente à savoir peut être que je serais (...) intéressé de prendre contact plus rapidement avec le podologue, qui fonctionne le plus près du cabinet, avec des infirmières, avec, ...pour déjà commencer à réfléchir est ce qu'avec lui, par exemple, j'arriverais...on arrivera à monter un programme, qui est intéressé, qui n'est pas intéressé. » (3 p.20 l.706-710)

2.1.3.5. Promotion auprès des médecins généralistes

Les étudiants ont dit avoir également discuté de la formation et de l'ETP avec les médecins généralistes qui travaillaient sur leurs lieux de SASPAS. Ils ont précisé que même si ces médecins déclaraient faire de l'ETP tous les jours en consultation, ils restaient curieux de savoir si cette pratique correspondait aux enseignements de la formation. Ainsi, les internes ont expliqué que les médecins semblaient intéressés par la formation, qu'ils ne connaissaient pas, et par son contenu. Soulignant que l'ETP est une notion floue en médecine générale libérale, la formation aurait donc eu, selon eux, l'intérêt de provoquer la curiosité et l'intérêt de leurs confrères.

« l'intérêt de... véhiculer ce que c'est que l'éducation thérapeutique, comment elle se fait un petit peu, parce que c'est une notion qui est quand même très floue dans... en médecine générale libérale. » (3 p.17 l.619-621)

2.2. Les freins à la pratique de l'ETP

2.2.1. Une vision complexe de l'ETP

La difficulté et la densité de certaines interventions théoriques ont induits chez les internes une image complexe de l'ETP en programme.

« du coup ça nous a un peu tous laissé sur une note très ... l'éducation thérapeutique c'est compliqué. » (4 p.6 l.186-188)

2.2.2. Une mise en pratique difficile en SASPAS

Les internes ont souligné la complexité de mettre en pratique les enseignements, axés sur les programmes d'ETP, en SASPAS.

Ils ont également expliqué que l'ETP s'appliquait aux patients atteints de pathologie chronique. Or, comme ils voyaient peu de patients chroniques en SASPAS, il était difficile de tester l'intégration de l'ETP à leur pratique.

Enfin, la complexité, en une consultation, d'amener le patient à intégrer un programme a été soulignée.

« Après, bon c'est compliqué quand on est en SASPAS, on les revoit pas toujours (...) » (4 p.12 l.394)

2.2.3. En tant que jeune médecin

2.2.3.1. L'installation

Les internes ont expliqué qu'il leur semblait difficile de s'impliquer en ETP juste après la thèse. Ils ont précisé que l'installation par elle-même demandait une grande implication personnelle, une disponibilité importante et une adaptabilité. L'énergie à consacrer à l'ETP viendrait dans un second temps.

« Et pour, enfin moi, ça me plairait de travailler dans un réseau mais je vois pas du tout ça à court terme, quoi. Ce serait dans..., déjà, je trouve que faut déjà s'installer, faut déjà se lancer, enfin s'habituer, prendre le rythme. Et ...heu voilà un jour ! (rires) » (6 p.19 l.681-683)

2.2.3.2. Une question de maturité

Certains internes disent ne pas se sentir assez expert et à l'aise dans la gestion des maladies chroniques. Cette question de maturité est également évoquée pour leur participation à un programme d'ETP. En effet, selon eux, animer un atelier ou monter un programme nécessite un recul de pratique suffisant, qu'ils ne pensent pas avoir acquis en trois années d'internat. Ils ont estimé que d'ici quelques années, avec l'expérience, éduquer les patients sera plus facile. Au contraire, un autre interne a évoqué le fait que travailler

dans un réseau nécessitait de dédier du temps à se former à l'aspect biomédical de la maladie concernée et que sur ce point, ils avaient une certaine avance.

« je me trouve pas suffisamment mature pour animer un atelier, créer un programme, alors que j'ai que 3 années d'internat de médecine générale derrière moi. Et encore on n'a que 2 années d'ambulatoire. Moi, je trouve qu'on n'a pas...moi je trouve ne pas avoir une maturité suffisante. » (7 p.19 l.661-664)

2.2.3.3. Le manque de temps

A plusieurs reprises, le manque de temps a été cité par les internes comme un frein à la pratique de l'ETP en médecine générale. Ils ont précisé ne pas avoir le temps de se lancer dans cette démarche sur la durée habituelle d'une consultation. Considérant, comme précisé plus haut, que prendre une heure de consultation permettrait de faire un diagnostic éducatif avec le patient, ils ont tenu à préciser qu'ils n'avaient pas l'expérience d'une consultation d'une telle durée dans leurs terrains de stage.

« cibler les patients avec la durée de consultation qu'on a certains jours, on peut pas se permettre de... de se lancer dans cette démarche là. » (5 p.18 l.647-649)

2.2.3.4. Méconnaissance et scepticisme

Il a été évoqué le fait qu'il était difficile de connaître les réseaux existants proches de leur lieu d'exercice s'ils ne participaient pas eux même à un réseau. Certains se sont montrés sceptiques sur l'efficacité de la méthode et en demande de preuve par la présentation de travaux de recherche. Ce doute a également été évoqué concernant l'adhésion des patients adressés à un réseau d'ETP.

« Alors, bon j'en ai envoyé deux à efFORMip, (petit rire, semble peu y croire) je verrai ce que ça donne. (...) Donc, heu... on verra bien. (rires). » (4 p.12 l.390, 397)

2.3. Attrait pour l'ETP

Selon les étudiants faire de l'ETP pourrait être très intéressant.

Pour l'un la notion de « niche » d'expertise a été avancée. Considérant que la médecine générale demande d'être compétent dans tous les domaines, il a expliqué qu'avoir son propre domaine de compétence à travers l'ETP pourrait être agréable et rassurant.

« ce sera un peu mon truc. (rires) (...) je trouve ça...je trouve ça sympa. » (4 p.21 l.748)

Un autre étudiant s'est dit intéressé par tout ce qui pourra diversifier sa pratique, donc par l'ETP.

Le fait de travailler en équipe a également été avancé. En effet, en fonction des lieux de stage, certains ont dit se sentir seuls dans la prise de décisions en SASPAS.

« moi aussi ça...ça m'a permis de voir qu'on pouvait ne pas travailler tout seul. Parce que là, en SASPAS, on se rend compte qu'on est quand même tout seul derrière notre bureau, à prendre des décisions, et là, le fait de travailler en équipe, en binôme, de ce qu'on a vu, heu... c'était...c'était...c'était intéressant, y a un échange et c'est un travail d'équipe, quoique pour l'instant, moi, je trouve en SASPAS, on voit pas trop. » (2 p.20 l.714-718)

Enfin, participer à un réseau est cité comme un moyen de savoir où adresser les patients en ETP.

2.4. Faire de l'ETP

2.4.1. Quand ?

Les internes ont tous dit avoir une sensibilité pour l'ETP ce qui avait motivé leur inscription à la formation. Pourtant, certains se sont déclarés incertains sur leur volonté de faire de l'ETP en programme. Un étudiant a précisé qu'il apprécierait de trouver rapidement un réseau dans lequel travailler. Les autres ne se projetaient pas dans l'immédiat dans cette démarche, l'envisageant peut être dans quelques années, évoquant les freins vus précédemment.

2.4.2. Comment ?

2.4.2.1. Intégrer l'ETP à la pratique quotidienne

Un interne a envisagé s'intéresser plus particulièrement au vécu du patient au cours d'une consultation de renouvellement. Il s'est interrogé sur la façon de l'y intégrer, envisageant de ne pas aborder tous les éléments en une seule fois mais plutôt sur plusieurs consultations.

Un interne a expliqué que les techniques apprises, et la posture éducative peuvent s'utiliser au sein d'une consultation.

2.4.2.2. Pratiquer au sein d'un programme

Deux internes exprimé leur souhait, à l'issue de la formation, rejoindre un réseau. L'un, a précisé que cela se ferait sur une demi-journée dédiée par exemple, c'est-à-dire sans consultation. L'autre a envisagé monter un programme après son installation.

3. Validation rétroactive des résultats

Les participants se sont vu proposé l'analyse des résultats. Ils ont répondu que cela correspondait à leurs commentaires. Ils n'ont pas souhaité apporter de modification ou de complément à notre analyse, la validant.

DISCUSSION

Le but de ce travail est d'évaluer la première formation de 40 heures en ETP, proposée par le DUMG de Toulouse, à travers le vécu des internes SASPAS qui en ont bénéficiée.

Nous envisagerons dans un premier temps de discuter les points forts et les points faibles de notre travail. Puis nous analyserons l'expérience vécue et la façon dont les étudiants se sont projetés dans leur pratique future. Nous exposerons enfin les implications pratiques de cette évaluation.

1. Forces et faiblesses de l'étude

Ce travail original s'inscrit dans une démarche de qualité de la formation, permettant d'obtenir grâce au vécu des internes, des pistes d'amélioration pour les promotions suivantes.

1.1. Recueil des données

Certains étudiants pouvaient connaître l'animatrice comme membre enseignant du DUMG, cependant, elle n'avait pas de lien avec la formation aux 40 heures d'ETP ou avec ce travail de recherche. Ce statut, extérieur à l'étude, et sa maîtrise des techniques d'animation de groupe dans le cadre des analyses qualitatives ont permis la réalisation d'un focus group de qualité, riche en informations, tendant à limiter le biais de désirabilité sociale et l'absence d'observateur. Idéalement présent, son rôle est de s'occuper des enregistrements audio et de noter les aspects non verbaux et relationnels qui apparaissent lors des échanges.

Les participants avaient des caractéristiques communes mais un intérêt variable pour l'ETP et pour la formation. Nous n'avons pas réalisé de sélection parmi les internes formés. Le but ici n'était pas d'être représentatif de la population source mais de permettre d'explorer la plus grande diversité possible de témoignages. Leur nombre a permis l'installation de la dynamique de groupe. Le collectif a pu donner plus de poids aux critiques que si nous avions réalisé des entretiens individuels et ainsi nous orienter plus franchement vers les modifications à proposer à la formation (41).

S'agissant d'une évaluation à petite échelle d'une formation expérimentale, la taille de l'échantillon ne permettait pas d'organiser plusieurs focus group.

La notion de saturation des données était absente de notre problématique. Nos résultats ne peuvent être généralisés.

1.2. La méthode d'analyse

La triangulation des chercheurs a pour but de limiter la subjectivité dans l'analyse. L'analyse a pu être influencée par notre statut d'interne en médecine générale et par la participation de notre directrice de thèse à l'organisation et à l'évaluation de la formation. Il semble logique que des organisateurs souhaitent évaluer leur travail et ceci est également un des critères d'une formation de qualité. Cependant, son intervention limitée à cette étape du travail, notre effort de réflexivité et la validation du codage linéaire par l'animatrice ont permis de limiter l'impact de ces éléments. Il manque tout de même une vraie double lecture à ce travail afin de confirmer ou d'affiner notre analyse.

La validation des résultats par les internes, à distance de l'entretien, nous a permis d'augmenter la validité de cette étude.

2. **L'expérience vécue**

2.1. Justification de la formation

Les étudiants ont mis en avant la spécificité et la complexité de l'ETP. Cette complexité est renforcée, comme le souligne l'OMS (2), par des études médicales de 1^{er} et 2^{ème} cycles qui restent à l'heure actuelle principalement orientées sur le schéma d'un médecin diagnostiqueur puis prescripteur. Se former devient donc une nécessité pour comprendre l'ETP, comme les internes l'ont souligné, mais également pour dispenser une ETP de qualité. Les internes ont exprimé leur satisfaction à avoir bénéficié de la formation.

Le but de la formation était de permettre aux étudiants d'acquérir les compétences nécessaires pour dispenser l'ETP au sein de programmes. En effet, la formation des professionnels est une aide importante au déploiement de l'ETP en France comme le souligne le rapport de la Société Française de Santé Publique (5). B. Grenier et al., en décrivant le paysage actuel des offres de soins, abordent la faible implication des professionnels libéraux (4). En 2009, on évaluait que 38,9% des médecins généralistes étaient impliqués dans un réseau (27). La formation proposée pourrait donc permettre de majorer l'offre de notre territoire.

De plus, elle était un complément aux enseignements de première année et n'avait pas pour but de s'y substituer. Ainsi, le contenu des sessions théoriques était volontairement axé sur cette pratique. Mais en abordant l'ETP en programme, la formation reprenait les fondements de l'ETP. Aussi, l'application des compétences acquises était plus large que la seule pratique en programme, englobant également l'ETP quotidienne (ou posture éducative) en médecine générale, même si cela n'était pas explicite.

2.2. Contenu

Les internes auraient souhaité que l'enseignement soit plus concret et tourné vers leur pratique actuelle, notamment de SASPAS, qu'ils aient ou non projeté en début de formation de participer à un programme d'ETP. L'expression des « trucs et astuces » est parlante. Ils attendaient plus d'outils, à mettre en pratique avec « leurs » patients, pour adopter une posture éducative.

Mais ces éléments avaient été abordés lors du séminaire de première année et les étudiants avaient évalué qu'il répondait à leurs attentes à 89 % en 2013 et 83 % en 2014. Ils étaient donc considérés comme acquis par les organisateurs de la formation. Les remarques faites par tous les étudiants dans notre travail soulèvent la question de leurs attentes en fin de cursus pour cet enseignement. En effet, il semblerait que celles-ci aient évolué depuis le début de leur DES, probablement suite à l'expérience acquise au cours de leurs stages. De plus, l'enquête réalisée en 2014 (35) révélait que 75 % des internes étaient intéressés par un nouveau séminaire intégré au SASPAS et 53 % par une formation validante de 40 heures. Nous pouvons donc supposer que, soit les internes en première année évaluaient mal les différences entre les deux types de formation proposés (en dehors de la durée de l'enseignement), soit que le mode de recrutement mis en place pour les « 40 heures » n'a pas permis de sélectionner les internes réellement intéressés par la pratique au sein de programmes. Ce deuxième point semble conforté par l'analyse des caractéristiques des participants, puisque seulement un interne avait envisagé de participer à un programme en début de formation.

Il serait alors intéressant d'évaluer de façon plus précise les besoins des internes de dernière année, en matière de formation à l'éducation du patient. Un second séminaire approfondissant la posture éducative, proposé à tous les internes lors de leur SASPAS, comme se fut le cas en 2014, répondrait-il à ces attentes ? La formation aux 40 heures pourrait alors n'être proposée qu'aux internes intéressés par l'exercice au sein de programmes, grâce à l'adaptation de son mode de recrutement.

Enfin, la description du contenu de la formation pourrait être précisée dès la proposition. Celle-ci pourrait également expliquer que les objectifs pédagogiques, décidés par décret, ne correspondent pas forcément aux attentes d'un étudiant de fin de troisième cycle mais à un professionnel de santé souhaitant s'impliquer dans un programme d'ETP de proximité dans son bassin de vie.

2.3. Recrutement

La formation des professionnels est un facteur favorisant leur implication au sein de programmes de proximité. Cependant, la motivation à cette participation est un point également indispensable. Comme nous l'avons vu, les étudiants formés ne se projettent que plus tard dans la pratique de l'ETP. Un mode de recrutement sélectionnant les étudiants déjà motivés par cette pratique en programme créerait un ensemble de jeunes professionnels investis dès leur installation.

2.4. Pédagogie

2.4.1. Le paradigme d'apprentissage, un déterminant commun

Comme le souligne le CNGE, le choix du paradigme d'apprentissage visant en l'acquisition des compétences a été fait dès la mise en place du DES de médecine générale (44). Le paradigme d'apprentissage est une méthode d'enseignement centrée sur l'apprenant, qui, par son implication, devient moteur essentiel de ses apprentissages. Les apprentissages se construisent grâce aux connaissances antérieures, au contexte de l'enseignement où les interactions sociales, essentielles, déterminent la transférabilité des connaissances. Il réintroduit l'action dans le processus d'apprentissage pour remédier à la passivité des apprenants soumis au paradigme d'enseignement auquel il s'oppose (37). En ce qui concerne la formation à l'ETP des soignants, l'OMS recommande que les programmes soient fondés sur un apprentissage actif et une éducation centrée sur l'apprenant (2). La formation aux 40 heures proposée s'inscrivait dans cette continuité.

En ETP, les premières tentatives pédagogiques consistaient surtout à diffuser les savoirs médicaux par l'information des patients à travers des exposés. Mais pour entraîner les patients à gérer leur état de santé, elle s'est transformée. Comme nous l'avons vu, la détermination d'objectif est essentielle, le patient est au cœur du processus, l'action est réintroduite dans les apprentissages (6).

Ainsi, les méthodes pédagogiques de la formation proposée et de l'ETP sont semblables, permettant aux étudiants de les comparer.

2.4.2. Durée des sessions

Un enseignement purement théorique était apparu comme indispensable aux organisateurs, correspondant aux préconisations de l'INPES pour cette formation validante. Cette nécessité a été perçue par les étudiants. Pourtant, ils ont souligné que ce temps d'enseignement théorique était parfois trop important, le comparant au temps d'un enseignement proposé aux patients en ETP. Cependant, il faut souligner que la première

situation décrite de durée non adaptée tenait au souhait des étudiants de regrouper deux sessions théoriques en une seule devant l'éloignement du lieu de formation.

Concernant la seconde situation, sur la session « Monter un programme, financement », l'aspect réglementaire n'a pas enthousiasmé les étudiants. Elle était loin de leurs préoccupations. Cependant, elle faisait partie du programme imposé pour cette formation, elle devait donc y être traitée. Pour les sessions prochaines de cette formation, la place de ces questions pourrait être réévaluée pour rester à un niveau de sensibilisation strict.

Enfin, la comparaison des durées d'enseignement nous amène à nous questionner. Les étudiants sont-ils les mêmes apprenants que les patients en éducation thérapeutique ? La réponse est clairement « non » et pourrait être précisée aux futurs étudiants. En effet, les enseignements d'éducation thérapeutique doivent s'adapter dans leur contenu à un public dont les niveaux d'éducation sont variés. De plus, pour la plupart des patients, les bancs de l'école sont loin. En cela, nous pouvons penser que les étudiants pourraient maintenir leur concentration plus longtemps.

2.4.3. Les lieux d'apprentissage

En ce qui concerne le lieu d'apprentissage, l'OMS préconise un lieu adapté pour la formation des professionnels (2), tout comme la HAS et l'INPES recommandent pour l'ETP un lieu en fonction de l'offre locale mais également des souhaits et des contraintes professionnelles et familiales du patient (45). En effet, l'environnement est essentiel pour les interactions sociales qui permettent une appropriation du contenu de la formation. Or, si les pédagogies peuvent être comparées, au moins en partie, la façon dont est dispensé l'enseignement peut servir d'exemple aux étudiants pour qu'ils puissent ensuite les mettre en pratique avec les patients.

Les lieux d'apprentissage avaient été choisis au sein de bassins de santé, proches des professionnels de soin pour permettre une éventuelle interaction informelle, au détriment du « lieu d'apprentissage idéal ». Cet objectif ne semble pas avoir été atteint. Pour les formations suivantes, il serait envisagé de réintégrer des locaux plus « conventionnels », notamment les locaux récents, et bien adaptés à ce genre de formation, du DUMG.

2.4.4. La mise en pratique

La mise en pratique était un point essentiel de la formation comme illustration immédiate de la partie théorique ou par la mise en place du stage pratique de 2 jours. L'utilisation de méthodes interactives, dans la formation des médecins, a prouvé l'amélioration de leurs connaissances et de leur efficacité (16,46).

Les internes ont cependant exprimé leur volonté d'un enseignement théorique encore plus interactif.

Le stage pratique, quant à lui, a été très apprécié permettant aux étudiants de se rendre compte de l'efficacité des méthodes enseignées et de la réalité du travail de l'ETP. Là aussi, les internes étaient demandeurs pour « faire ». Certains étudiants n'ont pas pu mener un entretien de diagnostic éducatif alors que cela faisait partie du programme de la formation. S'agissant d'un des éléments de l'ETP dont peut avoir la charge tout médecin généraliste, réunir les conditions nécessaires pour que chaque interne fasse au moins un entretien semblerait nécessaire. Les ateliers ont été appréciés tels que proposés, c'est-à-dire au poste d'observateur. La proposition d'analyser leur contenu est effectivement intéressante. Cela pourrait permettre de faire le lien entre théorie et pratique. Un temps pourrait y être dédié. Concernant la réunion pluridisciplinaire, son intérêt ne semble pas avoir été compris de certains étudiants. Le but était de présenter aux internes les différents aspects d'un programme qui peuvent être discutés entre professionnels, comme par exemple la valorisation et la promotion d'un programme, ou encore la coordination des équipes. La place de cette réunion dans la formation serait à réévaluer.

2.5. Nombre d'internes formés

Les internes étaient satisfaits de leur nombre pour les sessions théoriques. Cependant, de nombreux étudiants semblaient intéressés par cette formation. En proposant un lieu de formation unique pour la théorie, au sein de la faculté, puis une mise en pratique par petits groupes, plus d'internes pourraient être formés. La difficulté consistera alors à trouver de nouvelles structures partenaires réalisant des programmes d'ETP et acceptant de recevoir des internes en stage.

2.6. Intervenants

La pluridisciplinarité des formateurs est un élément important de la formation qui a été apprécié par les internes. Il pourrait être intéressant de valoriser l'exercice personnel en ETP de ces professionnels auprès des étudiants par la réalisation, par exemple, de tables rondes. Cependant, la multiplicité des intervenants a pu contribuer au manque de continuité décrit par les internes. Impliquer un seul formateur principal à chaque journée de formation, donnant le fil conducteur à la formation, secondé par les autres intervenants, pourrait permettre d'améliorer la cohésion de la formation dans son ensemble.

La proposition d'un interne, de faire participer un cadre de l'ARS impliqué dans la gestion des programmes d'ETP, paraît très intéressante. Cette intervention pourrait être envisagée.

Enfin, la place du patient « expert » doit être réévaluée.

2.7. Délai entre les sessions et le stage

L'articulation entre théorie et pratique pourrait être améliorée par une mise en pratique encore plus importante lors des sessions théoriques mais également par l'amélioration des délais entre les sessions et le stage. Les thèmes des sessions étaient en partie superposables aux thèmes des journées de stage. Organiser un stage intégré à la formation théorique, comme l'ont suggéré les étudiants, pourrait renforcer les apprentissages. De plus, il serait intéressant de proposer des terrains de stage proches du lieu de SASPAS et non limité au département de Haute-Garonne de façon à en faciliter l'accès mais également pour permettre à l'interne de connaître un réseau proche de son lieu d'exercice.

3. **Projection dans leur pratique et avenir en ETP**

3.1. Les freins à la mise en pratique

La formation s'est déroulée de décembre 2015 à mars 2016, l'entretien a donc été réalisé un mois après la fin du stage pratique. Cela laissait effectivement peu de temps aux internes pour prendre du recul et analyser les changements intervenus dans leur pratique.

3.1.1. Des outils perçus comme limités au champ des maladies chroniques

Le fait d'avoir peu de consultations pour des patients atteints de maladie chronique en SASPAS, rendait difficile la mise en pratique des enseignements. Une solution consisterait à proposer aux internes qui se forment aux 40 heures la possibilité d'effectuer un stage

libre en structure spécialisée en ETP ou une participation tout au long du semestre à un programme de proximité, comme le suggère P. Castella dans son travail (47). En effet, l'implication dans un programme pourrait leur permettre d'appliquer ces compétences et les apprentissages spécifiques de l'exercice en programme (animation de séances collectives par exemple). De plus, cela permettrait aux étudiants d'acquérir la maturité, et la confiance en soi nécessaire pour s'impliquer dans la gestion des maladies chroniques.

Cependant, il paraît important que les internes envisagent une plus grande palette d'utilisation de ces nouveaux outils. En effet, un champ important de la médecine générale concerne la prévention et l'éducation à la santé. La prévention est l'ensemble des mesures qui ont pour but d'éviter ou de réduire la gravité des maladies ou des accidents. L'éducation pour la santé est une des catégories d'interventions possibles en prévention. Elle a pour objectif « que chaque citoyen acquière, tout au long de sa vie, les compétences et les moyens lui permettant de promouvoir sa santé ainsi que celle de la collectivité ». L'éducation thérapeutique, comme l'illustre bien A. Deccache, fait partie de l'éducation pour la santé mais s'adresse spécifiquement aux patients malades et à leur entourage (48,49). L'ETP partage donc avec l'éducation pour la santé des objectifs et des outils communs : elles reposent sur une éducation, centrée sur l'apprenant, dans le but d'améliorer sa santé et sa qualité de vie. Ainsi, la démarche éducative peut être adoptée dans les pathologies aiguës (comme le souligne l'OMS (2)) ou dans les phases aiguës d'une maladie chronique pour lesquelles le patient a besoin d'acquérir temporairement des compétences pour mener à bien son traitement (7). Les conduites à risque (tabac, consommation excessive d'alcool, surpoids...), la gestion des vaccinations, le suivi d'une grossesse sont autant de situations où les compétences en ETP peuvent être utiles.

3.1.2. Le manque de temps

La nécessité de temps dans la prise en charge éducative du patient a bien été soulignée par les internes. Le manque de temps en consultation est un frein fréquemment évoqué par les médecins à la pratique de l'ETP en médecine générale. Cette notion est souvent associée à celle de la rémunération (30,50). En effet, la Classification Commune des Actes Médicaux ne prévoit pas de cotation spécifique de l'ETP ou des tâches dévolues à l'ETP comme le diagnostic éducatif lors d'une activité à l'acte. Les rémunérations se font dans les programmes structurés, autorisés par les ARS, et répondant à un cahier des charges précis. Cependant, la notion de rémunération au sens strict n'a pas été soulevée par les étudiants, probablement car ils ne sont pas encore soumis à cette problématique lors de leurs stages. Il apparaît tout de même qu'en changeant de temporalité, il est difficile d'inclure de vrais temps d'ETP à la pratique quotidienne rémunérée à l'acte. Cette

inclusion dépend essentiellement de la motivation du médecin. La valorisation de l'ETP en médecine générale à travers une rémunération spécifique semble indispensable.

3.1.3. Méconnaissances et scepticisme

Les étudiants ont exprimé leur besoin d'obtenir, lors de la formation théorique, des preuves scientifiques de l'efficacité de l'ETP. La difficulté d'évaluation de l'ETP est une réalité car elle « mobilise des critères et des indicateurs biologiques, cliniques, pédagogiques, psychologiques, sociaux, organisationnels, économiques et politiques ». De plus, étant inscrite dans la prise en charge globale du patient, il est difficile d'isoler l'effet propre de l'ETP (51). Cependant une synthèse de méta-analyse rapporte que l'efficacité de l'ETP a été démontrée dans 60% des études et ce, quelles que soient les pathologies ou les indicateurs choisis (52). En ce qui concerne l'efficacité économique de l'ETP (rapport favorable entre les résultats de l'action et les coûts générés), l'analyse de la littérature réalisée par la HAS conclut à un impact économique incertain devant l'hétérogénéité des expériences et l'absence de données concernant les perdus de vue (53). Enfin, nous pouvons également considérer l'ETP « efficace » pour les soignants car, comme le souligne l'Académie de Médecine, se placer dans la temporalité du patient permet d'évoluer vers un exercice plus serein et plus confortable de la médecine (7).

Nous pourrions considérer cette nécessité de preuve comme logique dans des études médicales où *Evidence Based Medicine* (EBM) est la référence. La diffusion de ces résultats lors de la formation permettrait donc aux internes de mieux comprendre l'étendue des possibilités de l'ETP.

De plus, les internes se sont montrés sceptiques quant à l'efficacité de leur démarche en adressant les patients à des programmes d'ETP. L'adhésion des patients à l'ETP est également un point soulevé par les médecins généralistes interrogés. Ils voient en leur motivation un point facilitant la démarche et pouvant favoriser cette adhésion (29).

Enfin, leur méconnaissance des réseaux locaux pourrait être améliorée par leur connaissance de l'annuaire régional d'offre d'ETP mis à disposition en ligne par l'ARS Midi-Pyrénées (54). Celui-ci devrait être présenté aux étudiants des prochaines sessions.

3.2. Des modifications suite à la formation

3.2.1. L'adoption d'une posture éducative

La formation a donné envie à certains de se former encore d'avantage sur les concepts de la relation soignant-patient.

Concernant leur pratique, les modifications intervenues dans le champ de la communication, et de l'approche centrée sur la personne ont été les plus citées par les internes. Les compétences qui y sont attachées sont l'écoute active, l'empathie, mais également la compréhension des ressorts psychologiques de la personne. Ces changements pouvaient être opérés rapidement dans leur exercice. Nous pouvons souligner par ailleurs que la participation au diagnostic éducatif semble avoir en grande part contribué en ce changement. En effet, les internes ont pu identifier grâce à lui les erreurs éventuellement commises. Constatant l'efficacité de la méthode leur aurait donné une motivation supplémentaire pour changer leurs pratiques. La communication, comme nous avons pu l'aborder plus haut, est une des clés de voûte de l'ETP (6). Les étudiants ont compris tout l'intérêt des questions ouvertes qui permettent de connaître le patient, et de s'inscrire dans une approche globale de celui-ci.

3.2.2. Devenir un professionnel ressource

Les internes ne se sentaient pas confiants, avant la formation, dans leur capacité à adresser les patients aux programmes d'ETP. Ceci était peut-être dû à la résistance de ces derniers lors des propositions, ou à leur anticipation d'un éventuel refus. A l'issue de la formation, ils se sentaient plus armés. La formation les a aidés, en connaissant mieux l'ETP, à la valoriser auprès des patients. Cette démarche est importante puisqu'il s'agit là d'un des rôles du médecin généraliste quelle que soit sa pratique d'ETP. En effet, la HAS (suite aux dispositions adoptées par le Code de Santé Publique) dit que tout professionnel de santé impliqué dans la prise en charge d'un patient chronique doit l'informer de la possibilité de bénéficier d'une éducation thérapeutique et la lui proposer en tenant compte des ressources locales. Si le patient accepte, il peut alors en négocier les buts et les modalités de mises en œuvre (8). Nous pouvons donc espérer qu'en abordant le sujet avec leurs patients, les futurs médecins formés permettent à un plus grand nombre de patients de bénéficier de ce type de prise en charge.

3.2.3. Promotion de l'ETP auprès des pairs

Enfin, les étudiants ont soulevé un point connu dans les études : l'ETP est une notion floue pour certains médecins généralistes (30). Que les étudiants nouvellement formés diffusent les concepts et méthodes de l'ETP à leurs pairs pourrait motiver ces derniers à se former. Les maîtres de stage universitaires du terrain de SASPAS se sont d'ailleurs montrés curieux, d'après les étudiants, de l'ETP mais également de la formation. A moyen ou long terme, peut-être cela aura-t-il un impact sur la proportion de médecins généralistes de notre territoire formés et impliqués en ETP ?

Cependant, pour l'ensemble de ces résultats, il ne s'agit que de données déclaratives qui ne peuvent juger de la réelle mise en place de ces changements.

3.3. Les atouts de la pratique de l'ETP

Tous étaient intéressés par certaines valeurs de la pratique de l'ETP.

Le travail en équipe notamment a suscité leur intérêt. Les étudiants ont exprimé un sentiment de solitude dans l'exercice quotidien de la médecine générale. Ce point négatif dans la vision de la médecine générale avait été mis en évidence dans le travail de F. Martin, sur les représentations de la médecine générale des jeunes internes (55). En effet, le travail en équipe peut s'apparenter aux situations, bien connues des étudiants, de travail en milieu hospitalier, rassurant dans la prise de décision. Il est essentiel en ETP, permettant la mise en commun des compétences, une vision globale de la personne et le développement d'un réseau de professionnels. La formation, grâce à son organisation par binômes pluridisciplinaires d'enseignants et au stage, a permis de mettre en avant ces éléments auprès des internes.

Le second point rassurant, selon l'un d'eux, était le fait que l'ETP pouvait devenir pour lui une niche d'expertise. La médecine générale semblait l'effrayer comme 49 % des internes interrogés par F. Martin (55). Pour notre étudiant, participer à un réseau était forcément synonyme de formation sur la pathologie ciblée par le programme. L'ETP était donc présentée comme une solution pour avoir un domaine plus précis d'exercice, et donc un exercice plus serein.

Enfin, travailler en réseau d'ETP est évoqué comme le moyen de mieux connaître les possibilités d'ETP locales et d'y avoir recours plus facilement.

3.4. Faire de l'ETP : différents niveaux d'implication envisagés

La majorité des internes ne se projetait que dans un futur lointain pour pratiquer l'ETP. Pourtant, ils avaient tous une sensibilité initiale pour cette pratique. Ceci est dû aux freins identifiés précédemment en ce qui concerne le SASPAS et l'exercice de médecine générale. Tous semblaient considérer la pratique d'ETP comme complémentaire à celle de médecine générale, mais secondaire. Sa mise en œuvre effective était donc envisagée après l'installation libérale. Or l'âge moyen d'installation en France en médecine générale libérale était de 38 ans en 2002 (56). Il sera peut être nécessaire alors d'aller chercher les jeunes médecins généralistes formés à l'ETP pour les encourager à participer à des programmes de proximité dès leur installation.

Ces étudiants étaient peut-être plus intéressés à l'origine par la posture éducative que par l'exercice d'ETP en lui-même. Ils ont tout de même imaginé une pratique d'ETP intégrée à l'exercice de la médecine générale. Toutefois, ils se sont questionnés sur la façon dont ils pourraient conjuguer les deux exercices et ont évoqué la réalisation, sur plusieurs consultations, d'entretiens éducatifs. Aussi appelée ETP séquentielle, cette pratique soulève le problème du manque de temps et celui de la rémunération comme nous l'avons évoqué plus haut. Cependant, elle est bien envisagée par la HAS, qui précise que celle-ci ne doit avoir lieu que dans les situations où l'apprentissage des compétences par le patient ne nécessite pas d'emblée l'intervention d'autres professionnels de santé (8). Cette ETP individuelle n'apparaît pas dans les textes de loi et aucune explication n'est donnée quant à cette différence de point de vue. Pourtant, comme le décrit E. Drahi, cette pratique est réalisable au cabinet, intégrée dans la prise en charge globale du patient (57). Le HCSP précise dans son rapport que ces différentes modalités d'interventions ne s'excluent pas les unes des autres : « chaque médecin peut s'impliquer différemment selon les patients, les pathologies, les ressources qui existent sur son territoire ou en fonction de sa disponibilité à une période donnée » (11). Envisager, avant la formation aux 40 heures, les différentes pratiques de l'ETP en médecine générale pourrait permettre aux internes de se projeter plus facilement dans une activité quotidienne éducative. Ceci les aiderait à définir leur niveau souhaité d'implication en ETP, et donc la formation la plus adaptée (40 heures ou non). Enfin, l'ETP individuelle mériterait d'être valorisée par les pouvoirs publics.

Lors de l'entretien, deux étudiants ont montré un fort intérêt pour la pratique en programme. L'un l'envisageait déjà au début de l'enseignement. A la fin, il se projetait rapidement dans l'ETP en réseau sur un temps dédié. Un autre, qui n'avait pas ce projet au départ, était intéressé par la création d'un réseau avec les professionnels de santé proches

de son futur lieu d'exercice. La formation permet donc à certains étudiants d'envisager l'exercice de l'ETP en programme structuré dans un avenir relativement proche.

4. Implications pratiques

4.1. Pour la formation

La formation dans sa globalité a été appréciée des internes, elle doit donc être maintenue. L'exploration du vécu des étudiants nous a permis d'identifier les adaptations nécessaires de la formation pour les prochaines promotions.

Tout d'abord, l'évaluation des attentes des internes en fin de DES pourrait permettre une meilleure répartition des enseignements entre les séminaires tout au long du DES et la formation aux 40 heures. Si tous les internes expriment le besoin de se former d'avantage et activement à la posture éducative, cet enseignement devrait vraisemblablement être majoré pour tous. Ainsi, l'axe « programme » de la formation serait maintenu puisqu'il est la raison propre de la création de cet enseignement. L'enseignement des séminaires pourrait être décompté des heures de formation. Evitant les redondances avec l'enseignement antérieur, la formation aux 40 heures se dirigerait vers un public intéressé et motivé par la pratique en programme. Un recrutement sélectif sur lettre de motivation semblerait nécessaire mais également plus équitable.

➤ *La formation théorique :*

Regrouper les séances par journées, sous forme de séminaire, pourrait limiter le nombre de jours d'absence sur le SASPAS (en effet, il s'agirait d'un des points soulevés par l'enquête réalisée auprès des maîtres de stage interrogés, dont les résultats ne figurent pas dans ce travail), et réduirait les risques d'oublis évoqués par les internes entre les séances. Le choix d'un lieu unique, adapté à la formation, dans les locaux du DUMG par exemple, faciliterait l'accès et uniformiserait les conditions d'apprentissage. En complément, plus d'internes pourraient être formés. Cependant, il serait préférable de maintenir, dans les mises en situation, cette taille de groupe. La partie purement théorique des cours pourrait être proposée de façon succincte puis abordée à la fin de la séance si certaines informations n'ont pas été évoquées en exercice pratique, permettant ainsi de majorer les temps d'exercices pratiques en petits groupes, plébiscités par les étudiants.

La pluridisciplinarité des formateurs est un élément important de la formation qui doit être conservé. Impliquer un formateur principal à chaque session participerait à l'amélioration de la cohésion de la formation. L'organisation de tables rondes pourrait

remplacer la réunion pluridisciplinaire et aiderait les étudiants à découvrir les expériences personnelles en ETP des intervenants. L'intervention d'un cadre de l'ARS pourrait être envisagée. Enfin, la place du patient « expert » devrait être réévaluée.

➤ *Le stage pratique :*

Il pourrait être intégré à la formation théorique par thème. Le nombre d'internes par terrain de stage était adapté aux possibilités d'accueil des structures d'ETP, à l'observation-participation aux différentes étapes du travail. Dans le but de former plus d'internes, le partenariat avec plus de structures spécialisées en ETP, acceptant les internes en stage devraient être développé. Le recrutement pourrait être réalisé dans toute la région, proches des lieux de SASPAS.

La réalisation d'au moins un diagnostic éducatif devrait être l'un des points forts de la formation. L'utilisation d'un guide d'entretien pourrait faciliter le recueil des données, comme le souligne la HAS (45) et rassurer les étudiants dans leur entretien. L'observation de séances collectives serait à poursuivre. Les échanges avec les professionnels devraient être maintenus mais la forme de la réunion pluridisciplinaire revue.

Enfin, un stage libre en structure spécialisée en ETP ou une participation régulière à un programme de proximité tout au long du semestre de SASPAS pourraient être proposés aux internes en dernière année.

4.2. En recherche

Cette recherche ayant été réalisée à petite échelle, il s'agit de poursuivre le travail d'analyse des besoins des internes de médecine générale en formation à l'ETP, notamment en fin de troisième cycle.

Une recherche-action amènerait à identifier les besoins et évaluer les compétences des internes, à les faire collaborer au projet éducatif, à mettre en place une formation adaptée, pour évaluer ensuite son impact. En effet, la recherche-action est une méthode scientifique fondée sur l'idée que recherche et action peuvent être unifiées dans une même action. L'objectif poursuivi n'est pas uniquement de décrire la réalité mais aussi de la transformer pour produire des connaissances concernant ces transformations (58).

Enfin, il serait intéressant à moyen et long terme d'évaluer l'implication en ETP des internes formés. Ont-ils effectivement participé au déploiement de l'ETP sur notre territoire, gage de l'amélioration des soins aux patients ?

CONCLUSION

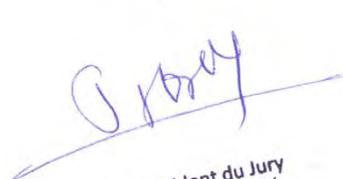
La formation expérimentale validante aux 40 heures d'ETP, proposée par le DUMG de Toulouse à huit internes SASPAS, répondait aux obligations légales de la loi HPST et aux recommandations de l'INPES en ce qui concerne les objectifs pédagogiques et les compétences visées. Le but était de permettre aux internes de réaliser dès leur installation une ETP de qualité au sein de programmes structurés. L'objectif de ce travail est d'évaluer la formation à travers le vécu des internes.

Nous avons réalisé une évaluation qualitative avec pour méthode de recueil de donnée un focus group.

Notre travail a permis de révéler la nécessité de certaines adaptations concernant notamment les lieux et la structuration de la formation. Pendant la formation théorique, les mises en pratique ont été plébiscitées et les étudiants étaient en demande d'encore plus d'interactivité. Le stage pratique, très apprécié, a permis d'assoir leurs apprentissages. La formation a permis aux internes d'adopter une posture éducative, de devenir des professionnels ressources et d'être en mesure de promouvoir l'ETP auprès des patients et de leurs pairs. Certains freins à la mise en pratique de l'ETP au cours de leur SASPAS ou dans l'activité de médecin généraliste ont été évoqués. Des atouts à la pratique d'ETP au sein de programmes structurés ont été soulignés comme le travail en équipe. Peu d'entre eux se sont projetés rapidement dans cette pratique. La plupart ont envisagé une pratique intégrée à l'exercice de médecine générale.

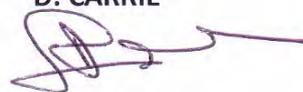
L'enseignement en ETP tout au long du DES mérite peut être d'être restructuré et généralisé à un plus grand nombre d'étudiants du fait des besoins importants en professionnels formés. Il restera alors à les solliciter dès leur installation pour qu'ils puissent s'impliquer rapidement et intégrer une équipe dispensant de l'ETP.

La formation initiale validante aux 40 heures d'ETP des médecins généralistes mérite d'être poursuivie. Elle permet aux futurs médecins généralistes d'acquérir les compétences nécessaires pour dispenser des soins de qualité aux patients atteints de maladie chronique.

Toulouse le 13/09/2016
Vu

Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 16 sept. 2016

Vu, permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine de Purpan
D. CARRIÉ



BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. Charte d'OTTAWA pour la promotion de la Santé [Internet]. 1986 [cited 2016 Jul 26]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
2. World Health Organization-Europe. Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease [Internet]. 1996 [cited 2016 Mar 15]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108151/2/E93849.pdf>
3. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases [Internet]. 2010 [cited 2016 Jul 26]. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
4. Grenier B, Bourdillon F, Gagnayre R. Le développement de l'éducation thérapeutique en France : propositions pour une intégration durable dans le système de soins. Santé Publique. 2007;Vol. 19(4):293–302.
5. Société Française de Santé Publique. Dix recommandations pour le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient en France [Internet]. 2008 [cited 2016 May 12]. Available from: <http://www.sfsp.fr/activites/file/RecoETPV12.pdf>
6. Lacroix A. Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? Santé Publique. 2007;19(4):271–82.
7. Académie nationale de médecine. Rapport (au nom de la commission XI) : L'éducation thérapeutique du patient, une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine [Internet]. 2013 [cited 2016 Jul 3]. Available from: http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/12/jaffioIRapport-ETP-vot%C3%A9-10-XII-13-_3_.pdf
8. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient - Définitions, finalités et organisation [Internet]. 2007 [cited 2016 Mar 9]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
9. République Française. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009, HPST, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires-Art.84-Code de Santé Publique. Journal Officiel de la République Française. 2009 Jul 22;n°0167:12184.
10. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient-Comment la proposer et la réaliser [Internet]. 2007 [cited 2016 Mar 9]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf
11. Haut Conseil de la Santé Publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours [Internet]. 2009 [cited 2016 Aug 24]. Available from: http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_edthsoprre.pdf
12. République Française. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal Officiel de la République Française [Internet]. 2016 Jan 27 [cited 2016 Jul 27];n°0022. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/texte>

13. Ordre national des médecins-Conseil National de l'Ordre, Hecquard P. L'éducation thérapeutique-Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 3 avril 2009 [Internet]. 2009 [cited 2016 May 12]. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/educationtherapeutique.pdf>
14. World Organization of Family Doctors. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [Internet]. 2002 [cited 2016 Jul 22]. Available from: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
15. Attali C., Bail P., Magnier A-M., Beis J-N., Ghasarossian C., Gomes J., et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Exercer [Internet]. 2006 Jan [cited 2016 Jul 22];76(31). Available from: http://www.parisouest.cngc.fr/doc/Attali_Bail.pdf
16. Bloom BS. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: a review of systematic reviews. *Int J Technol Assess Health Care*. 2005;21(3):380–5.
17. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques [Internet]. 2007 [cited 2016 Mar 9]. Available from: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf
18. Saout C., Charbonnel B. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient - Rapport présenté au Ministre de la santé, de la jeunesse, et des sports [Internet]. 2008 [cited 2016 Aug 31]. Available from: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf
19. Jacquat D. Education thérapeutique du patient - Proposition pour une mise en place rapide en pérenne -Rapport au Premier Ministre [Internet]. 2010 [cited 2016 Jul 28]. Available from: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Education_therapeutique_du_patient.pdf
20. Ministre de la santé et des sports. Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient [Internet] [cited 2016 Jul 12]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=8406A6FF97CEAC5D57FEF51DFBC3A3E3.tpdila16v_3?cidTexte=JORFTEXT000022664581&idArticle=&categorieLien=id
21. Directeur Général de la Santé, B.Vallet, Directeur Général de l'Offre de Soins, J. Debeauvais, Pour la Ministre de la Santé. Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement modifiant l'arrêté du 2 août 2010 et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient-JORF n°0019(texte n°19):1009 [Internet] [cited 2016 Jun 16]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/1/14/AFSP1501146A/jo>
22. Ministre des affaires sociales et de la santé. Arrêté du 31 mai 2013 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient-JORF n°0126(texte n°3):9239 [Internet] [cited 2016 May

- 12]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2013/5/31/AFSH1209236A/jo/texte>
23. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme [Internet]. 2013 [cited 2016 May 3]. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/FormationsEpS/pdf/dispenser-ETP.pdf>
 24. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Référentiel de compétences pour coordonner un programme d'ETP - coordonner-ETP.pdf [Internet]. 2013 [cited 2016 Jul 26]. Available from: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/FormationsEpS/pdf/coordonner-ETP.pdf>
 25. ARS Midi-Pyrénées MP. Education thérapeutique du patient - Bilan ETP au 31.12.2015.
 26. Peytavin P. Le médecin généraliste et l'éducation thérapeutique: enquête de pratique auprès de 224 médecins généralistes de Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Toulouse III-Paul Sabatier; 2012.
 27. Baromètre santé médecins généralistes 2009 - 1343.pdf [Internet]. [cited 2016 Aug 22]. Available from: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
 28. Bourit O., Drahi E. Éducation thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. Médecine. 2007 May;3(5):229–34.
 29. Union Régionale des Médecins Libéraux, Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées. Pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées [Internet]. 2010 [cited 2016 Jul 27]. Available from: <http://www.ormip.org/tlc/documents/educationtherapeutique.pdf>
 30. Gaye T., Mergans M. Les représentations de l'éducation thérapeutique du patient : Le regard des médecins généralistes sur leur place dans le parcours éducatif [Internet]. Université Toulouse III-Paul Sabatier; 2015 [cited 2016 Jul 22]. Available from: <http://theseimg.fr/1/sites/default/files/THESE%20LAST.pdf>
 31. ARS Midi-Pyrénées. ANNUAIRE ORGANISMES DE FORMATION - ETP [Internet]. 2015 [cited 2016 Jul 22]. Available from: http://www.ars.languedocroussillon-midi-pyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/0_INTERNET_ARS_MIP/ACTEURS_EN_SANTE/ETP_2015/Annuaire_Organismes_Formation_ETP__juin_2015.pdf
 32. Foucaud J., Rostan F., Moquet MJ., Fayard A. État des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France -Résultat d'un enquête nationale descriptive [Internet]. 2006 [cited 2016 May 3]. Available from: http://www.inpes.sante.fr/FormationsEpS/pdf/Enquete_formation_ETP.pdf
 33. Facultés de Médecine de Toulouse-études-syllabus des différentes années [Internet]. [cited 2016 Aug 31]. Available from: <http://www.medecine.ups-tlse.fr/index.php?pg=32>

34. Bourgeois O., Philips J., Ané S., Bismuth M., Stillmunkes A., Escourrou B. Des outils de communication simples permettant de développer une posture éducative : évaluation de satisfaction immédiate d'un nouvel enseignement par les internes du DES de médecine générale. In Clermont Ferrand; 2013 [cited 2016 Aug 28]. Available from: <http://www.imagilles.com/cnge2013/tutorat/index.html>
35. Ané S., Bourgeois O., Philips J., Bismuth M., Delahaye M., Freyens A., et al. Impact de la création d'un séminaire intégré d'éducation thérapeutique du patient sur le ressenti des internes sur la posture éducative. In Lille; 2014 [cited 2016 Aug 28]. Available from: <http://www.imagilles.com/cnge2014/enseignementspec/index.html>
36. Bourgeois O., Bismuth M., Philips J., Ané S., Oustric S. Evaluation à trois ans de l'enseignement à l'Education Thérapeutique du Patient. In Dijon; 2015. [cited 2016 Aug 28] Available from: http://congres.cnge.fr/congres/dijon_2015/resumes/
37. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie Médicale*. 2003 Aug;4(3):163–75.
38. Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L., Lehr-Drylewicz A-M., Imbert P., Letrillart L., et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142–5.
39. Lemerrier X., Aubin-Auger I. Faire de la recherche qualitative en médecine générale. *e-respect*. 2014 Mar;6:21–3.
40. Duchesne S., Haegel F. L'enquête et ses méthodes : les entretiens collectifs -. Nathan. pp.126: 2-09-191309-X br. < halshs-00841629 >; 2004.
41. Moreau A., Dedienne MC., Letrillart L., Le Goaziou MF., Labarère J., Terra JL. Méthode de recherche : S'approprier la méthode du focus group. *La Revue du Praticien*. 2004 Mar 15;18(645):382–4.
42. Letrillard L, Bourgeois I, Vega A., Cittée J., Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. *Exercer*. 2009;20(88):106–12.
43. Blais M., Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*. 2006;26(2):1–18.
44. CNGE. Concepts et principes pédagogiques [Internet]. [cited 2016 Aug 21]. Available from: http://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/
45. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, Haute Autorité de Santé. ETP Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ de maladies chroniques [Internet]. 2007 [cited 2015 Oct 19]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
46. Davis DA, Thomson M, Oxman AD, Haynes R. Changing physician performance: A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA*. 1995 Sep 6;274(9):700–5.
47. Castella P. Education thérapeutique en soins primaires : Etat des lieux d'un programme de proximité dans un bassin de santé [Thèse de Médecine]. Université Toulouse III-Paul Sabatier; 2016.

48. CFES, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué de la santé. L'éducation pour la santé : un enjeu de santé publique - [Internet]. 2001 [cited 2016 Aug 22]. Available from: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/01/dp010228.pdf>
49. Deccache A. Education pour la santé, éducation du patient : quelques concepts et leur signification en médecine générale. In Sandrin-Berthon B, Aujoulat I, Ottenheim C, Martin F. L'éducation pour la santé en médecine générale. De la fonction curative à la fonction éducative. Vanves (France) ; CFES; 1997 [cited 2016 Aug 22]. p. 51–62. Available from: <http://outils-formateurs-education-patient.inpes.fr/apports/pdf/Deccache1997.pdf>
50. Peccoux-Levorin C. Analyse des déterminants de l'implication des médecins généralistes dans l'éducation thérapeutique du diabète de type 2 et de l'apport d'une structure éducative mise en place dans un territoire de santé - document [Internet] [Thèse de médecine]. Université Joseph Fournier-Université de Grenoble; 2011 [cited 2016 Aug 26]. Available from: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00652934/document>
51. Haute Autorité de Santé. ETP Indicateurs dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient [Internet]. 2014 [cited 2015 Oct 19]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/indicateurs_etp_v2.pdf
52. Lagger G., Pataky Z., Golay A. Efficacité de l'Education thérapeutique. Rev Med Suisse. 2009;196:688–90.
53. Haute Autorité de Santé. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques : Analyse économique et organisationnelle [Internet]. 2008 [cited 2016 Feb 29]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_analyse_economique_et_organisationnelle_education_therapeutique.pdf
54. ARS Midi-Pyrénées. ANNUAIRE des programmes d'ETP autorises.xls [Internet]. [cited 2016 Aug 27]. Available from: http://www.ars.languedoc-roussillon-midi-pyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/0_INTERNET_ARS_MIP/ACTEURS_EN_SANTE/ETP_2015/092015_ANNUAIRE_prog_ETP_autorises.xls
55. Martin F. Représentations de la Médecine Générale auprès des jeunes internes de Médecine Générale Enquête auprès de 65 internes de Médecine Générale du Poitou - Charentes [Internet] [Thèse de médecine]. Université de Poitier; 2010 [cited 2016 Jul 22]. Available from: http://www.cogemspc.fr/theses/liste_these/these_martin.pdf
56. Berland Y. Mission «Démographie des professions de santé » - Rapport au Ministère de la santé [Internet]. 2002 [cited 2016 Aug 31]. Available from: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_berland.pdf
57. Drahi E. ETP séquentielle en médecine générale. La Revue du Praticien Médecine Générale. 2010 Oct;24(847):539–41.
58. Pourtois JP., Desmet H., Humbeeck B. La recherche-action, un instrument de compréhension et de changement du monde -Hors série- Du singulier à l'universel. Recherche qualitative. 2013;15:25–35.

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des compétences requises pour dispenser l'ETP, INPES

Annexe 2 : Courriel de proposition de formation à l'ETP aux internes SASPAS

Annexe 3 : Le guide d'entretien

Annexe 4 : Schéma du placement des participants lors de l'entretien

Annexe 5 : Lettre d'information et formulaire de consentement

Annexe 6 : Extrait de la transcription

Annexe 7 : Extrait du tableau de codage

Annexe 8 : Avis favorable du comité d'éthique

ANNEXE 1: Tableau récapitulatif des compétences pour dispenser l'ETP, INPES

Les compétences sont regroupées par domaine et sous-domaine.

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

Les compétences présentées sont formulées de manière générique parce qu'elles s'appliquent à des situations très différentes. Elles ne sont pas exhaustives. Elles peuvent être précisées et complétées selon les contextes, les situations, les acteurs concernés, les projets.

ANNEXE 2 : Courriel de proposition de formation à l'ETP aux internes SASPAS

-
- > Objet : formation réservée aux internes en SASPAS
 - >
 - > Pour les internes SASPAS ayant un projet d'installation à court ou moyen terme, intéressés par l'éducation thérapeutique du patient (ETP)
 - >
 - > Une formation de 40 heures à l'ETP est obligatoire depuis cette année pour TOUT professionnel souhaitant s'impliquer dans un programme d'éducation thérapeutique (Décret 2010-906 du 2 août 2010)
 - >
 - > Le DUMG propose à 8 internes en SASPAS depuis novembre 2015, de bénéficier de cette formation de 40 heures à l'ETP, entre mi-décembre 2015 et mars 2016
 - >
 - >
 - > La formation comprend deux parties :
 - >
 - > théorique très interactive (6 sessions de 3 heures)
 - >
 - > dispensée par des MSU accompagnés d'autres professionnels de santé ou de patients dans les bassins de santé ou à clinique
 - >
 - > vendredi 11 décembre 2015 14h00 – 17h00 (Dr Jennifer Philips et un patient expert à St Orens)
 - > jeudi 17 décembre 2015 13h30 – 16h30 (Dr JP Boyes et pharmacien à Seysses)
 - > vendredi 15 janvier 2015 13h30 – 16h30 (Dr O. Bourgeois et IDE à St Orens)
 - > vendredi 5 février 2016 9h00 – 12h00 (Dr M. Bonnefoy et professeur d'activité physique, Bondigoux)
 - > mercredi 9 mars 2016 9h00 – 12h00 (Dr s. Michaud et diététicienne à Bondigoux)
 - > jeudi 17 mars 2016 14h00 – 17h00 (Dr S. Ané et podologue à Labastidette)
 - >
 - >
 - >
 - > pratique : (équivalent 15 heures)
 - >
 - > réaliser des diagnostics éducatifs,
 - > participer sur 1 journée à un programme de proximité ou en établissement de santé.
 - > rencontrer les équipes pluridisciplinaires porteuses du projet (équivalent 2 jours)
 - >
 - >
 - > travail personnel (équivalent 4 heures)
 - >
 - > réunion finale d'évaluation (3 heures)
 - > jeudi 31 mars 18h – 22h avec buffet
 - >
 - >
 - > Il y a huit places. Les candidatures seront retenues par ordre d'arrivée.
 - >
 - > Pour tout renseignement et inscription :
-

Grille d'entretien
Evaluation qualitative des 40 heures de formation à l'ETP

Introduction

Vous avez validé les 40 heures de formation à l'éducation thérapeutique. Comme vous le savez, c'est la première fois que ce type de formation a lieu.

Les organisateurs aimeraient évaluer cette formation, en vous demandant ce que vous en pensez.

1/ Connaissances /cours théorique

Que vous ont apporté les séances de cours théorique ?

Qu'est-ce qui a manqué ?

2/ Stage

Comment s'est passé le stage pratique ?

Qu'est-ce qu'il vous a apporté ?

Comment s'est articulée la pratique avec la théorie ?

Comment pourrait-on l'améliorer ?

3/ Projection dans la pratique de l'éducation thérapeutique

En quoi est-ce que la formation a changé votre pratique en tant qu'interne en SASPAS ?

Comme est-ce que cette formation a pu changer votre vision de votre pratique future de médecin ?

Comment pensez-vous intégrer l'ETP dans votre futur exercice ?

4/ Bilan global

Au niveau de l'organisation, qu'est-ce que vous avez apprécié ?

Comment pourrait-on l'améliorer ?

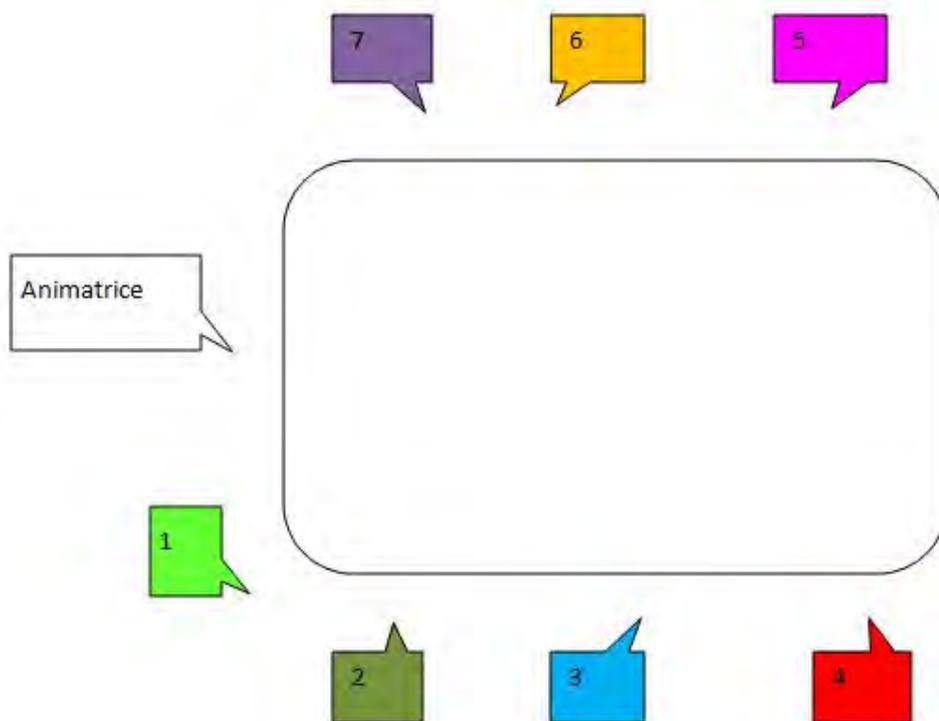
Au niveau des intervenants, qu'est-ce que vous avez apprécié ?

Comment pourrait-on l'améliorer ?

Autres suggestions

Merci, les organisateurs

ANNEXE 4 : Schéma du placement des participants lors de l'entretien



LETTRE D'INFORMATION AUX INTERNES SASPAS
(Ayant bénéficié de la formation de quarante heures d'éducation thérapeutique du patient)
POUR PARTICIPATION A UNE RECHERCHE DE THESE

Titre de la recherche :

Formation expérimentale aux 40 heures d'ETP proposée à 8 internes SASPAS par le DUMG de Toulouse,
Evaluation par un focus group

Madame, Monsieur, Cher co-interne,

Vous avez participé à la formation expérimentale de quarante heures d'éducation thérapeutique proposée par le département de médecine générale (DUMG) de Toulouse, lors de votre Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé semestre de novembre 2015 à Avril 2016. A la fin de cette formation, vous avez répondu à notre sollicitation pour participer à une soirée d'évaluation, sous la forme d'un groupe de discussion focalisée ou Focus Group et nous vous en remercions.

But de l'étude : Ce travail pourrait nous permettre de connaître votre vécu de la formation, mais également la façon dont elle pourrait influencer votre pratique future. Enfin, l'analyse des données recueillies pourrait nous permettre de proposer des pistes d'amélioration à cette formation pour les futures promotions. En effet, il apparaît comme essentiel pour le DUMG d'adapter la formation, si besoin, selon vos avis recueillis, pour être au plus près des attentes des internes en ce qui concerne la formation à l'éducation thérapeutique. Cette étude correspond à notre thèse pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Médecine, spécialité Médecine Générale, dirigé par le Docteur Odile Bourgeois.

Confidentialité et consentement :

- Lors de la soirée d'évaluation, un système d'anonymisation des données vous a été expliqué et mis en place en début de discussion par attribution de numéros dans le sens antihoraire à partir de la place du modérateur.
 - Toute information vous concernant recueillie pendant le Focus Group sera traitée de façon confidentielle. Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces informations.
 - Vous avez également renseigné une fiche contenant des informations personnelles et sur votre cursus. L'ensemble de ces données est également anonymisé par numéros et tout ce qui pourrait permettre votre identification sera modifié pour rester confidentiel.
 - Les données enregistrées audio et sur fiche feront l'objet d'un traitement informatisé par les chercheurs.
 - Pour rester au plus proche de votre vécu, et éviter les biais d'interprétation ou oublis dans l'analyse, les résultats de l'étude vous seront adressés avant publication de la thèse (août ou septembre 2016). Nous serions honorés, si dans ce but, vous pouviez nous accorder de votre temps pour soit apporter des commentaires sur l'analyse, soit la valider. Ce retour sera précisé dans le travail de thèse et est important pour la validité de l'étude.
- Lors de la soirée d'évaluation, en début de séance, votre consentement oral à l'enregistrement audio du Focus Group a été recueilli. Le modérateur vous a également informé de la possibilité d'arrêter l'interview à tout moment.
- Pour l'analyse des données votre consentement est également souhaitable.
Si vous avez des questions concernant votre participation, vous pouvez contacter le chercheur responsable de l'étude : Lauriane Foucaud au 06... ou par mail :
Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche et à l'analyse des données, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

Note d'information / Formulaire de consentement aux internes SASPAS pour participation à une recherche de thèse.
Version du 10/06/2016,
Par Lauriane Foucaud.
2 pages.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A LA RECHERCHE ET A L'ANALYSE DES DONNEES

Titre de la recherche :

Formation expérimentale aux 40 heures d'ETP proposée à 8 internes SASPAS par le DUMG de Toulouse, Evaluation par un focus group

Je soussigné(e) (*nom et prénom du sujet*),

accepte de participer à l'étude « Evaluation de la formation expérimentale de quarante heures d'éducation thérapeutique du patient, proposée par le département de médecine générale de Toulouse aux internes en Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé, à travers leur vécu. »

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par les chercheurs : Lauriane Foucaud, interne en médecine générale, sous la direction du Docteur Odile Bourgeois.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que les données de l'enregistrement audio du Focus Group auquel j'ai participé, ainsi que les données recueillies (personnelles et sur mon cursus) et qui se rapportent à l'étude, puissent être accessibles aux responsables de l'étude. A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations, mon anonymat sera préservé.

J'accepte que les données puissent faire l'objet d'un traitement informatisé, anonymisé, par les organisateurs de la recherche. Je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification auprès du chercheur Lauriane Foucaud.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à

Le

Lauriane Foucaud

Signature du sujet

Note d'information / Formulaire de consentement aux internes SASPAS pour participation à une recherche de thèse.
Version du 10/06/2016.
Par Lauriane Foucaud.
2 pages.

Page 2

ANNEXE 6 : Extrait de la transcription

(57'08) N°2, moi ce que trouve, enfin... je trouve que c'est très difficile de faire un cours sur des maladies chroniques qu'on n'est pas du tout habitués à gérer. Donc je pense qu'effectivement d'ici quelques années, quand on aura suivi pas mal de patients diabétiques, on aura vu ce qui va pas, ce qui va, ça sera **beaucoup** plus facile de... ben de les éduquer sur ça, quoi. Je sais que moi, c'est...c'est ce qui me manque, quoi. Je suis pas **assez expert** dans ces maladies chroniques, hum hum, pour aller donner des cours sur ça, en fait. C'est ça que je trouve. Donc pareil, d'ici quelques années pourquoi pas, et...mais pas, pas tout de suite. Je veux d'abord me sentir **plus à l'aise** dans ces maladies chroniques, dans leur gestion....

(57'42) Et là vous parlez de cours de groupe, d'atelier de groupe dans votre pratique. Est-ce que, dans la façon, la vision de votre pratique, même si elle n'intègre pas des... des groupes de paroles, enfin comme on dit des ateliers de groupe, est ce que ça vous a... le fait d'avoir fait cette formation a changé votre vision de la façon dont vous pourriez exercer au quotidien ?

(58'16) N°6, moi c'est ce que je pensais dire, moi quand je parlais de ressenti, c'est avec **un patient** en consultation, d'accord, c'est pas, pas en groupe, en groupe voilà. C'était vraiment, ici, de au cours d'une consultation de renouvellement, essayer de voilà, de **plus** demander si il comprend ce qu'il prend comme traitement, voilà, c'est plutôt ça, aussi comment il vit la maladie. Voilà, après faut voir comment l'intégrer dans la mesure où effectivement un quart d'heure c'est pas toujours suffisant. Mais peut être, **de temps en temps**, quoi, pas tout faire en une consultation. Mais un jour, demander le ressenti, un jour, parler du traitement. Voilà, c'est plutôt comme ça que je voyais les choses, Hum hum, pas en groupe.

(58'50) Moi, je, N°3, je...je suis intéressé par tout ce qui **pourra** diversifier ma pratique, et du coup la... des programmes d'éducation thérapeutique pourraient le faire. Et après, c'est intéressant de voir comment ça c'est passé, parce que, admettons là où je m'installe, j'aurai peut être une démarche initiale différente à savoir peut être que je serai intéressant de prendre contact plus..., oui intéressé de prendre contact plus rapidement avec le podologue, qui fonctionne le plus près du cabinet, avec des infirmières, avec, ...pour déjà commencer à réfléchir est ce qu'avec lui, par exemple, j'arriverai...on arrivera à monter un programme, **qui est intéressé**, qui n'est pas intéressé. Voire même s'installer à l'endroit où les gens seraient..., où les professionnels de santé seraient les plus intéressés. Donc ça a modifié ma...ma vision de l'avenir en ce sens.

D'accord

(59'42) Oui, N°2, moi aussi ça...ça m'a permis de voir qu'on **pouvait** ne pas travailler tout seul. Parce que là, en SASPAS, on se rend compte qu'on est quand même tout seul derrière notre bureau, à prendre des décisions, et là, le fait de travailler en équipe, en binôme, de ce qu'on a vu, heu... c'était...c'était...c'était intéressant, y a un échange et c'est un travail **d'équipe**, quoi. Que pour l'instant, moi, je trouve en SASPAS, on voit pas trop.

ANNEXE 7 : Extrait du tableau de codage

	A	B	C	D	E	F	G
	Thèmes	Catégories	Sous-catégories	SS-catégories	SSS-catégories	Code	Verbatim
408						6 et 7 = même lieu de stage	[Où, nous, on était (lieu de stage)] (5 p.15.1507)
409						Partie stage de la formation appréciée	Et du coup, N°7, donc j'étais avec N°6 (7 p.16.1553)
410			positif				moi j'ai bien aimé la partie stage. (5 p.15.1507)
411			positif			Très contente de son stage	(...) moi j'en ai été très contente de mon stage pratique. (7 p.16.1554)
412			néгатif	pas à l'aise		N'a pas été très à l'aise lors du stage pour mettre en pratique	après en stage on aurait aussi été un peu plus à l'aise peut être (5 p.4.1018)
413			accueil			Très bon accueil en stage	Et par contre ce qui était très bien, nous dans notre stage pratique (...) mais, mais c'est que vraiment on a été très bien accueillies (...) (7 p.16.1568-570) Le stage pratique, dans sa modalité, on a été bien accueillies (...) (7 p.16.1577) Juste, nous ils nous ont quand même très bien accueillies ! (1 p.16.1581)
414						Même si regrette de ne pas avoir vu de diagnostic éducatif, cela ne remet pas en cause le fait d'avoir été bien accueilli	Juste, nous ils nous ont quand même très bien accueillies ! (rires de l'assemblée et d'elle-même) C'est juste que ça... ce qu'ils nous ont proposé ça corresp... enfin ça manquait... c'était un peu dommage pour le diagnostic éducatif, mais après il était très, très gentil. (1 p.16.1581-583)
415						Etudiants accueillis avec enthousiasme par le médecin du lieu de stage	Héu j'ai trouvé que le médecin qui nous avait accueillies était, enfin elle avait vraiment envie de nous apprendre en tout cas, c'était assez... elle était contente qu'on soit là, et voilà c'était... (6 p.15.1508-509)
416						Médecin du stage avait vraiment envie de leur apprendre	(...) enfin elle avait vraiment envie de nous apprendre en tout cas (...)(6 p.15.1506)
417						Animateur d'ETP s'est intéressé aux étudiants = apprécié	mais, mais c'est que vraiment on a été très bien accueillies, que elle s'est intéressée à nous (...) (7 p.16.1570)
418						Animateur s'est intéressé à la formation théorique suivie par les étudiants = apprécié	qu'elle nous a demandé qu'est ce qu'on avait fait en cours théorique. (7 p.16.1570-571)
419	Stage pratique	Vécu				L'encadrant s'est intéressé à savoir ce que les étudiants projetaient de faire plus tard	elle nous a juste fait revenir une heure, pour dire, (...) qu'est ce qu'on ferait peut être plus tard. (7 p.16.1574)
420						Equipes du stage = hyper gentils	enfin, et ils ont été hyper gentils. (7 p.16.1580)
421						L'encadrant = très gentil	il était très, très gentil (1 p.16.1583)
422			Observateur	Positif		Souhait de s'exprimer sur le rôle d'observateur lors du stage car positif	Alors justement, je voulais en parler. Moi j'ai trouvé le rôle d'observateur (...) Donc, moi j'ai trouvé très intéressant d'y assister en tant qu'observateur. (3 p.14.1487-489)
423				neutre		Observateurs lors du stage	(Modérateur : Vous étiez tous observateurs pendant ces stages ?) oui (2 p.14.1486)
424				néгатif		Toujours le même problème dans la formation théorique et le stage : voir mais ne pas faire	après c'est toujours le même problème, on l'a vu mais on l'a pas fait. (2 p.14.1484)
425			démonstration du travail			Les équipes d'ETP ont montré leur travail aux étudiants	(...) ils nous ont montré ce qu'ils faisaient (...) (7 p.16.1577)
426						Les équipes d'ETP ont montré aux étudiants beaucoup de dossiers de patients	(...) ils nous ont même montré plein de dossiers de patients (...) (7 p.16.1578)
427						Apprécié que les équipes du stage leur ai montré leur travail, les dossiers patients et le déroulé des séances	Le stage pratique, dans sa modalité, on a été bien accueillies, ils nous ont montré ce qu'ils faisaient, ils nous ont même montré plein de dossiers de patients, ils nous ont montré tous les... comment, pas le promoteur mais en gros, tout le déroulé, tout le déroulé de toutes les séances, enfin, et ils ont été hyper gentils. (7 p.16.1577-580)
428					peu fait	Inconvénient du diagnostic éducatif : sur les rendez-vous fixés, peu de patients se présentent à la consultation	Pour le diagnostic éducatif, héu... en fait l'inconvénient c'est qu'ils font des rendez-vous mais que y'a beaucoup de patients qui viennent pas, donc en fait on a... ils avaient prévu 5 rendez-vous, il y en a 2 qui sont venus ! ... (6 p.15.1511-512)
429					peu fait	Seulement 2 patients sur 5 présents = un diagnostic éducatif par interne	ils avaient prévu 5 rendez-vous, il y en a 2 qui sont venus, donc on a pu y assister à un ça oune (6 p.15.1513)
430					peu fait	Résignée sur le fait qu'il n'y ait pas eu beaucoup de patients au diagnostic éducatif : c'est comme ça	Après, bon les problèmes de y'avait pas beaucoup de patients, bon malheureusement c'était comme ça. (7 p.16.1563-564)
431			Entretiens individuels		peu fait	Déception car absence d'un 2ème diagnostic éducatif pour mener la discussion	Comme y'a pas eu d'autres patients, j'ai pas pu en faire après. (inspiration profonde) (6 p.15.1515)
432					peu fait	A assisté à un diagnostic éducatif	Après le diagnostic éducatif, j'en ai déjà parlé, j'ai trouvé ça très intéressant. (5 p.13.1435)
433					peu fait	A assisté à un diagnostic éducatif	J'ai eu comme toi 3 ateliers donc diagnostic éducatif et (...) (6 p.15.1510)
434					peu fait	A assisté à un diagnostic éducatif	alors, j'ai pu assister à un diagnostic éducatif (...) (3 p.14.1488)
435	Stage pratique	Les différentes parties		Diagnostic éducatif	non fait	Tous n'ont pas assisté à un diagnostic éducatif	Ben justement, nous pour notre part, vous vous avez, a priori, participé à un vrai diagnostic éducatif avec le patient. Nous, pas du tout. (1 p.13.1455-456)
					non fait	A assisté à une réunion d'équipe à la place des diagnostics	vous vous avez, a priori, participé à un vrai diagnostic éducatif avec le patient. Nous, pas du tout. Nous c'est ça, c'était assez décevant. On est allées mardi, et c'était



Président : Mme Laurencine VIEU

Secrétaire : M Serge BISMUTH

AVIS DE LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Renseignements concernant le demandeur :

Nom Foucaud Lauriane
Qualité, interne en médecine générale
Adresse, 4 route des vallées, 37530 Pocé-sur-Cisse
Courriel, laurianefoucaud@yahoo.fr
Numéro de téléphone, 0611135123

Renseignements concernant le promoteur :

Nom, DUMG sous la responsabilité du Dr Odile Bourgeois
Qualité : Directeur de thèse
Adresse : 6 rue Soye, 31650 Saint Orens de Gameville
Courriel : odile.toulouse@orange.fr
Numéro de téléphone : 0562243388

Titre complet de la recherche :

FORMATION VALIDANTE DE 40 HEURES EN ETP PROPOSÉE DE FAÇON EXPÉRIMENTALE A HUIT INTERNES SASPAS PAR LE DUMG DE TOULOUSE : ÉVALUATION PAR UN FOCUS GROUP.

AVIS DE LA COMMISSION

Toulouse le 15 mai 2016

Avis favorable

Serge Bismuth

FORMATION VALIDANTE DE 40 HEURES EN ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT PROPOSÉE DE FAÇON EXPÉRIMENTALE À HUIT INTERNES SASPAS : ÉVALUATION PAR UN « FOCUS GROUP »

INTRODUCTION Notre travail consiste à évaluer la mise en place expérimentale par le département universitaire de médecine générale de Toulouse d'une formation validante de 40 heures d'éducation thérapeutique du patient (ETP) telle que définie par le décret du 2 Août 2010 à huit internes SASPAS, à travers leur vécu. L'objectif est de proposer des pistes d'amélioration pour les promotions suivantes et d'évaluer dans quelles mesures la formation peut modifier leur projection dans leur avenir et dans la pratique de l'ETP.

METHODES Il s'agit d'une évaluation qualitative avec pour méthode de recueil de données un focus group.

RESULTATS Les étudiants ont plébiscité la formation théorique, quoique insuffisamment cohérente d'un cours à l'autre. Ils en ont apprécié l'interactivité et ont été en demande d'une intensification de ces mises en pratique. Le stage au sein des équipes pratiquant de l'ETP a permis d'asseoir leurs apprentissages. Les internes formés se sont dit en mesure d'adopter une posture éducative, intégrée, en médecine générale courante. La plupart d'entre eux ont déclaré ne pas se sentir prêts ou intéressés à s'investir dans un programme d'ETP de proximité. Ils se sont projetés dans une telle pratique après l'installation et quelques années d'exercice. Ces remarques nous ont permis de proposer des adaptations pour les futures promotions.

CONCLUSION La formation validante aux 40 heures d'ETP proposée à 8 internes en fin de DES a fait la preuve de son intérêt en leur permettant d'acquérir des compétences utilisables à plus ou moins long terme. Moyennant des adaptations et des améliorations elle pourrait être proposée à un plus grand nombre d'étudiants améliorant ainsi vraisemblablement l'offre d'ETP en soins primaires.

Directeur de thèse : Docteur Odile Bourgeois

Mots clés : Enseignement et éducation ; Etudiant médecine ; Médecine générale ; Education du patient comme sujet, Recherche qualitative, Groupes focalisés.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133, route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France