

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Antoine TROUCHE

Le 28 mars 2023

TITRE DE LA THÈSE

**Quels sont les critères de qualité dans l'élaboration d'une
vidéo d'éducation thérapeutique du patient en soin premier**

Directeur de thèse : Dr Florian Savignac

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Président

Madame le Docteur Marielle PUECH

Assesseur

Monsieur le Professeur Jean-christophe POUTRAIN

Assesseur

Monsieur le Docteur Florian SAVIGNAC

Assesseur

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURSANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur GRAND Alain
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAUAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
P.U. Médecine générale			
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)			

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés

Professeur Associé de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BOYER Pierre
M. CHICOLAA Bruno
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUAUD Sandra

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		
M.C.U. Médecine générale			
M. BISMUTH Michel			
M. BRILLAC Thierry			
Mme DUPOUY Julie			
M. ESCOURROU Emile			

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leïla
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

REMERCIEMENTS DU JURY

Au président de jury

A Monsieur le Professeur Stéphane Oustric, je tiens à exprimer ma profonde gratitude pour l'honneur que vous m'accordez en acceptant de présider mon jury de thèse. Je suis également très reconnaissant de votre aide pour mon installation prochaine, notamment en accordant l'adjuvat, le temps de soutenir cette thèse. Enfin, je voudrais vous remercier pour votre travail, notamment dans la protection et le soutien de vos internes en médecine générale.

Aux membres du jury

A Madame le Docteur Marielle Puech, je vous remercie chaleureusement d'accepter de participer à mon jury de thèse, ainsi que pour votre implication et votre apport dans les 40 heures de formation à l'éducation thérapeutique dont nous avons la chance et le privilège de bénéficier.

A Monsieur le Professeur Jean-Christophe Poutrain, je vous suis reconnaissant d'avoir accepté de participer au jury de ma thèse. Je vous remercie pour votre implication auprès des internes en médecine générale. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon respect.

A mon directeur de thèse

A Monsieur le Docteur Florian Savignac, je voulais te remercier sincèrement pour ta précieuse guidance tout au long de mon travail de thèse ainsi que de mon mémoire. Malgré un planning personnel très chargé, tu as su trouver du temps pour moi et chacun de nos échanges a été enrichissant, me permettant de progresser considérablement. Grâce à ton expertise, j'ai pu produire ce guide pratique qui, j'espère, sera utile dans le domaine de l'éducation en soins primaires, notamment en médecine générale. Je tiens à te témoigner toute ma reconnaissance et mon plus grand respect pour tout ce que tu as fait pour moi.

REMERCIEMENT PERSONNELS

A mes parents, Carol et Stéphane, si je peux m'épanouir dans ma carrière professionnelle et dans ma vie en général, c'est grâce à vous. J'ai eu la chance et le privilège de grandir en sachant que vous étiez toujours derrière moi. Et si je termine ses longues études avec le sourire, c'est grâce à vous et votre soutien. Vous m'avez toujours offert la possibilité de réaliser mes rêves et mes ambitions, et pour tout cela, merci.

A ma petite sœur, Charlotte, depuis ton arrivée à mes côtés tu es un rayon de soleil. Une source de bonheur et de chaleur. Tu es un des piliers de ma vie et de mes réussites. Tu as même été jusqu'à faire le ménage pour moi pendant ma première année. Pour tout ça, et bien plus encore, je te remercie.

A son mari et mon ami, Lois, merci pour ta relecture au cours de cette thèse, merci pour ces années d'études et de rugby ensemble. Et surtout, merci de rendre ma sœur et ma famille plus heureuse et plus belle.

A mes grands-parents, Michel et Yvonne, qui malgré la distance ont toujours été omniprésents dans ma vie. Merci pour votre soutien permanent et inconditionnel. Vous êtes une inspiration pour moi, un exemple d'amour et de force.

A mon oncle et parrain Michael, et à toute sa famille, Isabelle, Violette, Zoé, Rosalie et Romeo, merci d'avoir suivi et soutenu cette longue aventure. Merci pour votre amour et merci d'apporter autant de couleur dans ma vie.

A mes amis d'enfance, Antoine, Romain, Robin, Paul et Mathias, merci pour votre soutien, vos encouragements et votre compréhension tout au long de ces années. Vous êtes un des privilèges de ma vie.

A mes amis du lycée, merci pour toutes ces belles années en classe sport et merci pour tous ces beaux moments que nous continuons à vivre régulièrement.

A mes amis de médecine,

A mes amis d'externat, nous avons vécu des moments forts, sur et en dehors des bancs de la faculté, merci d'avoir navigué ces années à mes côtés. Elles n'auraient pas été les mêmes sans vous.

A mes amis de l'internat, j'ai eu la chance de faire vos belles rencontres, merci pour ces moments partagés, et tous ceux à venir.

A mes amis du rugby, on a vécu de beaux moments de rugby et de vie. Des instants qui me sont précieux. Pour tout ça, et plus encore, merci.

A Céline, merci pour ta patience, ta gentillesse et ta guidance, que ce soit en temps que maître de stage ou encore actuellement en temps que collègue. A toutes ces années à venir.

A tous les experts ayant participé à ce travail, merci d'avoir accepté de participer à cette thèse avec autant d'application et d'entrain. Elle n'aurait pas pu se faire sans vous.

A tout ceux qui m'ont transmis leur connaissances et expériences,

A ma directrice de collège, merci de m'avoir aiguillé vers le monde médical.

A mes professeurs d'école, de collège et de lycée, merci à tous ceux qui m'ont soutenu, guidé et instruit de savoir, mais aussi de savoir vivre.

A mes professeurs de faculté, merci de m'avoir transmis votre savoir et votre passion de la médecine.

A mes maîtres de stages, merci pour ces moments passés ensemble, j'ai beaucoup appris sur la médecine, son histoire et sur l'humain à vos côtés.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

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

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque

TABLE DES MATIÈRES.....	1
TABLE DES TABLEAUX.....	3
TABLE DE ILLUSTRATIONS.....	3
LISTE DES ABREVIATIONS.....	4
I. INTRODUCTION.....	5
A. Généralités.....	5
a. Une transition de modèle de santé.....	5
b. Éducation à la santé.....	5
c. Education thérapeutique.....	5
B. Histoire.....	6
a. Dans le monde.....	6
b. En France.....	6
C. Mise en place actuelle en France.....	6
D. Objectif de ma thèse.....	7
a. Justification de l'étude.....	7
b. Objectif principal.....	7
II. MATERIEL ET METHODES.....	8
A. Démarche générale.....	8
a. Revue narrative de la littérature.....	8
b. Approfondissement de la recherche.....	9
B. Choix de la méthode.....	9
a. Les méthode de consensus.....	9
i. Définition.....	9
ii. La méthode de Delphi.....	9
iii. Autres méthodes de consensus.....	10
b. Choix de la méthode par ronde de delphi.....	10
C. Choix des Experts.....	10
a. Critères d'inclusion.....	10
b. Critères d'exclusion.....	10
c. Modalités de recrutement.....	10
D. Élaboration du Protocole.....	11
a. Composition des critères de qualités.....	11
E. Déroulement des rondes.....	12
a. Modalités pratiques.....	12
b. Anonymisation des résultats.....	13
c. Analyse des données.....	13
III. RÉSULTATS.....	14
A. Recrutement des experts.....	14
B. Première Ronde.....	14
a. Analyse Quantitative.....	14
b. Analyse Qualitative.....	20
C. Deuxième ronde.....	20
a. Analyse Quantitative.....	20
b. Analyse Qualitative.....	26

IV. DISCUSSION.....	27
A. Principaux résultats.....	27
a. Synthèse des résultats	27
b. Interprétation des résultats.....	27
i. Sélection de critères de qualité pour une vidéo d'éducation thérapeutique en soins premiers.....	27
ii. Première ronde.....	27
1. Analyse quantitative.....	27
2. Analyse qualitative.....	28
iii. Deuxième ronde.....	29
1. Analyse quantitative.....	29
2. Analyse qualitative.....	29
B. Forces et limites de mon travail	30
a. Forces de mon travail.....	30
b. limites de mon travail.....	31
C. Perspectives.....	31
V. CONCLUSION.....	32
VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	33
VII. ANNEXES.....	36
Annexe 1 : Explication des quatre phases de l'éducation thérapeutique.....	36
Annexe 2 : Résumé des avancées de l'ETP dans le monde.....	38
Annexe 3 : Résumé des avancées de l'ETP en France.....	39
Annexe 4 : Critère d'inclusion et d'exclusion.....	39
Annexe 5 : Stratégie de recherche.....	40
Annexe 6 : Processus de sélection.....	41
Annexe 7 : Synthèse des résultats de la revue narrative : Diagramme de flux.....	42
Annexe 8 : Critères de qualité d'un support audiovisuel selon le PEMAT.....	43
Annexe 9 : Premier ensemble de critères de qualité avec leur source.....	44
Annexe 10 : Résumé des méthodes de consensus hors méthode de delphi.....	46
Annexe 11 : Mail de recrutement.....	47
Annexe 12 : Caractéristiques des experts participant à l'étude.....	48
Annexe 13 : Première ronde : commentaires des experts.....	49
Annexe 14 : Deuxième ronde : commentaires des experts.....	54
Annexe 15 : protocole final.....	58
Annexe 16 : Guide pour l'élaboration d'une vidéo d'éducation thérapeutique en soins premiers; feuille de route.....	61
Annexe 17 : changements des critères de qualité de la première ronde.....	66
Annexe 18: Précisions données aux experts par mail après la première ronde.....	68
Annexe 19 : Récapitulatif des changements des critères de qualité de la deuxième ronde.....	69
VIII. RÉSUMÉ.....	70
IX. ABSTRACT.....	71

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1. Experts recrutés.....	11
Tableau 2. Récapitulatif des codes d’anonymisation des experts.....	13
Tableau 3. Premier questionnaire : résumé des résultats.....	15
Tableau 4. Première ronde : Résumé des réponses selon les professionnels de santé.....	19
Tableau 5. Deuxième questionnaire : résumé des résultats.....	20
Tableau 6. Deuxième ronde : Résumé des réponses selon les professionnels de santé.....	25
Tableau 7. Critères de la première ronde qui n’ont pas fait consensus.....	27
Tableau 8. Critères de qualité ajoutés après la première ronde.....	28
Tableau 9. Résumé des avancés de l’ETP dans le monde.....	38
Tableau 10. Résumé des avancés de l’ETP en France.....	39
Tableau 11. Critères d’inclusion et d’exclusion des articles de la revue narrative de la littérature.....	39
Tableau 12. Équations de recherche par moteur de recherche.....	40
Tableau 13. Résumé du processus de sélection pour la revue narrative.....	41
Tableau 14. Critères de qualité d’un support audiovisuel selon le PEMAT.....	43
Tableau 15. Premier ensemble de critères de qualité avec leur source.....	45
Tableau 16. Résumé des méthodes de consensus hors méthode de delphi.....	46
Tableau 17. Caractéristiques des experts participant à l’étude.....	48
Tableau 18. Première ronde : commentaires des experts.....	49
Tableau 19. Deuxième ronde : commentaires des experts.....	54
Tableau 20. Récapitulatif des changements des critères de qualité de la première ronde...	66
Tableau 21. Récapitulatif des changements des critères de qualité de la deuxième ronde...	69

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1. Diagramme de Flux.....	42
Figure 2. Mail de recrutement.....	47
Figure 3. Précisions données aux experts par mail après la première ronde.....	69

LISTE DES ABREVIATIONS :

ASALEE : Action de Santé libéral En Équipe

ETP : Education Thérapéutique

e-ETP : Éducation thérapeutique utilisant des méthodes informatiques

EVA : Echelle Visuelle Analogique

FALC : Facile à lire et comprendre

HAS : Haute Autorité de la Santé

HPST Hôpital Patient Santé Territoire

IPA : Infirmière de Pratique Avancée

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEMAT : Patient Education Material Assessment Tool

SFMG : Société Française de Médecine Générale

I. Introduction

A. Généralités

a. Une transition de modèle en santé

Au début du XXe siècle, la médecine se concentrait sur un modèle curatif centré sur l'organe, l'hôpital et le spécialiste, et impliquait une relation paternaliste entre le médecin et le patient.

On considérait en effet que la santé était définie par "le silence des organes", c'est-à-dire que sans symptômes, nous n'étions pas malades. Toutefois, ce modèle biomédical a commencé à être remis en cause au milieu du XXIème siècle avec notamment l'OMS qui décrit la santé comme un "état complet de bien-être physique, mental et social" (1). On voit apparaître ici les prémices du modèle bio-psycho-social. L'OMS fait encore évoluer la définition de la santé en 1986 : "la santé se définit par la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non plus comme le but de la vie."(2).

On a réalisé que le patient est un être complexe, qui peut être affecté par sa santé dans sa vie quotidienne, mais aussi agir sur elle. C'est les prémices de l'éducation du patient.

b. Education à la santé

L'éducation à la santé est un processus qui vise à promouvoir la santé et à améliorer la qualité de vie en aidant les individus à acquérir des connaissances, des compétences et des attitudes nécessaires pour prendre en charge leur propre santé et leur bien-être. Cela concerne tant les personnes en bonne santé que celles souffrant d'une maladie ou d'une affection.

c. Education thérapeutique

L'éducation thérapeutique est un processus qui a pour but d'accompagner le patient dans sa pathologie chronique, afin de limiter ses complications et le risque de récurrence. L'éducation thérapeutique peut être divisée en quatre phases développées dans Annexe 1 (3)(4). Avec le vieillissement de la population, environ 20% de la population française est atteinte de pathologies chroniques. En 1994, le Haut comité de la santé publique (HCSP) déclare que "la spécialisation et la technique ne permettront ni de les réduire de manière significative, ni de les prendre en charge correctement. C'est dans le mode d'organisation des soins, dans le rôle des médecins généralistes, et dans la place faite à l'utilisateur partenaire, que l'on trouvera les réponses"(5).

La HAS définit, selon un rapport de L'OMS-Europe de 1998 (6), l'éducation thérapeutique (ETP) comme suit : "vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures

hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie”.

B. Histoire

a. Dans le monde

L'OMS a émis un rapport sur l'éducation thérapeutique en 1996, suivi d'une définition en 1998 (4). Les premiers programmes d'éducation thérapeutique sont apparus aux États-Unis à la fin des années 1940 pour le diabète et la tuberculose (7)(8). En 1986, l'OMS a redéfini la santé comme étant la capacité à réaliser ses ambitions et à s'adapter à son environnement, plutôt que comme un but. En 1998, deux modèles existaient : "médico-centré" et "patient-centré", avec une préférence croissante pour l'autonomie et l'autonomisation du patient. Dans le premier cas, on recherche la "compliance" du patient alors que dans le deuxième on cherche son "autonomie". Avec le temps c'est cette notion d'autonomie et "d'empowerment" (notion venue des états unis) qui va s'imposer. (Annexe 2, (2)(4)(7)(8)(9)(10)).

b. En France

Depuis 2002, différentes lois et guides ont été publiés en France pour placer le patient au centre du système de santé, encourager la prévention, et améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques. Ces lois ont conduit à la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP), et à l'établissement de compétences requises pour les praticiens. Des recommandations ont également été publiées pour évaluer ces programmes.

(Annexe 3, (11)(12)(13)(14)(15)(16)(17)(18)(19)(20)(21)).

C. Mise en place actuelle en France

En France, l'éducation thérapeutique est basée sur une approche socio-constructiviste, c'est-à-dire que l'individu construit ses connaissances par le biais de l'expérimentation et de la découverte (22). En 2015, 2275 programmes ont été autorisés en France (23). On note surtout que 70% des programmes sont réalisés dans des établissements de santé, 7% par des réseaux et moins de 5% par des professionnels exerçant en ville. Pourtant, si on s'appuie sur le carré de White (24), l'immense majorité des patients sont vus en ville et principalement en médecine générale. Or, nous constatons que l'immense majorité des programmes d'éducation thérapeutique fournis à ces patients se trouvent dans des structures hospitalières. Ceci est dû principalement au fait qu'il existe des plateaux techniques et une diversité de professionnels qui rendent la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique plus aisée.

Dans le « manuel théorique de médecine générale » validé par la SFMG (25) il est présenté 41 concepts qui définissent les caractéristiques, les particularités et la singularité de la médecine générale. Le 39ème concept est celui de l'éducation thérapeutique. C'est donc un concept qui paraît fondamental mais aussi central dans notre métier de médecine de soins premiers et pourtant il se réalise souvent sans nous.

D. Objectif de la thèse

a. Justification de l'étude

Nous constatons que l'ETP est très présente dans notre pratique, mais que son développement présente des freins en médecine de ville (disponibilité de professionnels formés, manque de temps, mutualisation des compétences des professionnels entre les différentes structures, ...) qui peuvent en partie être levés par les outils numériques. De nombreux outils numériques sont explorés (vidéos, applications, jeux vidéos...) (26)(27)(28)(29). De nombreuses études ont testé des vidéos d'ETP et ont montré son efficacité sur le terrain (30)(31)(32). Il s'agit donc de savoir comment définir un bon outil d'éducation thérapeutique, et notamment une vidéo d'éducation thérapeutique.

À travers un premier travail de mémoire pour mon Diplôme d'Enseignement Spécialisé de médecine générale, j'ai cherché à savoir s'il existait un référentiel pour la création de vidéos d'ETP.

b. Objectif principal

Étant donné la nécessité de disposer d'outils adaptés pour l'éducation thérapeutique en soins de premier recours, cette thèse vise à élaborer un référentiel composé d'un ensemble de critères de qualité qui faciliteront la production de vidéos d'éducation thérapeutique de qualité.

II. Matériel et méthode

A. Démarche générale

Au commencement de cette thèse, nous avons entrepris une revue narrative de la littérature pour faire le point sur les vidéos destinées à l'éducation thérapeutique. Cette revue a été réalisée dans le cadre de mon mémoire pour le D.E.S. de médecine générale. Une fois cette étape accomplie, nous avons établi un ensemble de critères de qualité dans le but de créer un référentiel pour la production de vidéos d'éducation thérapeutique en soins primaires. Nous avons ensuite soumis ce référentiel à une méthode de consensus.

a. Revue narrative de la littérature

La question de recherche de cette revue était la suivante : Existe-t-il un protocole pour élaborer une bonne vidéo d'éducation thérapeutique ? Pour répondre à cette question, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été établis (Annexe 4). Pour effectuer les recherches, cinq bases de données ont été sélectionnées : Cochrane, Embase, Google Scholar, PubMed et SUDOC. Des équations de recherche ont été formulées pour chacune de ces bases de données (Annexe 5). Un processus de sélection a été utilisé et résumé dans l'Annexe 6. Les résultats ont été synthétisés dans le diagramme de flux présenté dans l'Annexe 7.

Cette revue narrative de la littérature n'a pas abouti à la découverte d'un protocole pour la création de vidéos d'éducation thérapeutique. Toutefois, un article contenant des critères de qualité pour une évaluation à posteriori de ces vidéos a été trouvé : il s'agit du PEMAT (34) pour Patient Education Material Assessment Tool. Ce dernier permet d'évaluer deux aspects de la vidéo, à savoir "l'understandability" (capacité du support à être compris, quel que soit le niveau socio-économique, ou la connaissance du patient) et "l'actionnability" (capacité pour le patient d'identifier les actions qu'il pourrait entreprendre dans sa vie après avoir visionné la vidéo).

Les auteurs ont utilisé une méthode par ronde de Delphi pour créer 26 items qui permettent de juger de l'understandability et de l'actionnability, d'un support papier ou vidéo. Quatre séries de tests de fiabilité et de raffinement ont été menées avec des évaluateurs n'ayant pas été formés à l'utilisation du PEMAT. Des tests consommateurs et des comparaisons avec des évaluations de lisibilité ont été utilisés pour déterminer la validité conceptuelle, c'est-à-dire la capacité du PEMAT à mesurer effectivement l'understandability et l'actionnability.

Intérêt du PEMAT

Le PEMAT a été conçu comme un guide pour aider à déterminer si les patients seront capables de comprendre et d'agir sur l'information délivrée dans les supports papier ou audiovisuels. Des outils distincts sont disponibles pour une utilisation avec des documents imprimés et audiovisuels.

En effet, sur ces 26 items, 24 items permettent d'évaluer les supports imprimés, et 17 d'entre eux sont applicables pour les supports vidéo (13 pour évaluer l'understandability et 4 pour l'actionnability) (Annexe 8) .

Perspectives de recherche

Dans la discussion de l'étude, il est cité quatre éléments considérés comme manquants au PEMAT.

- "Accuracy", à savoir la validité et la précision des informations délivrées.
- "Comprehensiveness", c'est-à-dire l'exhaustivité du contenu.
- "Cultural appropriateness", il est question ici de savoir si ce qui est dit dans le support est approprié à la culture des patients cibles.
- "Readability tests", qui sont des tests déterminant le niveau de lecture nécessaire au patient pour lire et comprendre le contenu.

Ces derniers ont orienté une recherche manuelle, qui a permis de créer des critères de qualité supplémentaires.

b. Approfondissement de la recherche

Le protocole présenté dans ce travail de thèse a été élaboré à la suite d'une recherche bibliographique, qui a inclus l'étude du PEMAT, une recherche manuelle orientée par la bibliographie du PEMAT, l'examen des perspectives de recherche, ainsi que des critères issus de l'étude de la littérature sur le sujet. Onze études en plus du PEMAT ont été utilisées pour la composition de critères de qualité (35-44). Le résultat est le premier questionnaire présenté dans l'Annexe 9.

B. Choix de la méthode

a. Les méthodes de consensus

i. Définition

Les méthodes de consensus permettent de synthétiser ou générer des connaissances par la confrontation des avis contradictoires d'un panel d'experts sur un sujet donné, tout en limitant les biais (33).

Le consensus est défini comme un accord général, tacite ou exprimé d'une manière formelle, parmi les membres d'un groupe.

ii. La méthode de Delphi

Elle a été initialement inventée par Norman Dalkey et Olaf Helmer de la RAND corporation, et utilisée à des fins militaires en 1948 aux États-Unis d'Amérique. Elle doit son nom au temple sacré des oracles de la Grèce. L'objectif initial de cette méthode était d'évaluer la direction des tendances à long terme, notamment en ce qui concerne la science et la technologie, et leurs effets probables sur la société. Son utilisation a ensuite été progressivement élargie au domaine de la santé à partir des années 1970. Elle permet de mettre en commun les connaissances d'un groupe d'experts sur un sujet donné.

iii. Autres méthodes de consensus

Ces dernières sont présentées dans l'annexe 10 (46)(47).

b. Choix de la méthode par ronde de Delphi

Après avoir examiné les résultats de la revue, il a été conclu que la méthode de consensus la plus adaptée pour ce travail était la méthode de la ronde de Delphi.

C. Choix des experts

a. Critères d'inclusion

L'objectif était d'avoir un groupe de 15 participants minimum pour assurer la validité du résultat, comme cela est habituellement conseillé.

Avec l'aide de mon directeur de thèse, et au vu de mon sujet de thèse, nous avons choisi des professionnels de santé pouvant apporter leur expertise par leur expérience clinique, leur spécialité et leurs connaissances concernant le domaine de l'éducation thérapeutique.

Pour être recruté il fallait :

- Avoir réalisé les 40h d'ETP.
- Et/ou pratiquer ou avoir pratiqué de l'ETP sur le terrain.

b. Critères d'exclusion

Les experts n'étaient pas inclus si aucune réponse n'était obtenue avant le lancement du premier questionnaire en décembre 2022. Par ailleurs, si après contact et échange téléphonique ils ne se sentaient pas assez compétents dans le domaine de l'éducation thérapeutique, ou pensaient manquer de temps pour participer à ce projet de thèse, ils n'étaient pas inclus dans la liste finale des experts.

c. Modalité de recrutement

65 experts ont été contactés par mail, téléphone, ou en personne entre juillet et novembre 2022.

Profession	
Médecins généralistes	Au total, 9 médecins généralistes ont été recrutés.
Internes	J'ai contacté deux internes que je connaissais intéressés par l'éducation thérapeutique et 2 autres sur suggestion de mon directeur de thèse. Au total 3 internes ont été recrutés.
Infirmières Asalée /IPA	Trois infirmières azalées ont été recrutées dont une qui avait aussi la fonction IPA.
Coach Sportif	Un coach sportif a été recruté sur recommandation de mon directeur de thèse.
Coach APA	Une coach APA a accepté initialement de participer à l'étude, mais aucune réponse de sa part n'a été donnée pendant les différentes rondes malgré relance par mail et sms.
Orthophoniste	Une orthophoniste a été recrutée.
Diététicienne/nutritionnistes	Deux diététiciennes/nutritionnistes ont été recrutées.
Pharmacienne	Une pharmacienne a été recrutée.

Tableau 1. Experts recrutés.

D. Élaboration du Protocole

a. Composition des critères de qualités

Grâce à la revue narrative de la littérature que j'ai réalisée préalablement à ma thèse, j'ai pu lister les critères de qualité retrouvés dans la littérature entre janvier 2000 et avril 2022.

Parmi ces critères de qualité, et grâce à l'aide de mon directeur de thèse, j'ai sélectionné ceux que j'allais soumettre aux experts pour qu'ils jugent de la pertinence de leur inclusion dans un protocole pour l'élaboration d'une vidéo d'éducation thérapeutique en soin premier. Pour cela, il était demandé aux experts de répondre à chaque question à l'aide d'une échelle de cotation type échelle de Likert allant de 1 (pas du tout pertinent) à 9 (tout à fait pertinent).

Il était possible après l'évaluation de chaque critère de qualité , d'écrire un commentaire pouvant aboutir à une modification du critère de qualité en question s'il était jugé pertinent

De même, un espace était réservé à la fin du questionnaire pour proposer des idées de critères à ajouter. Ceux - ci pouvaient alors éventuellement être proposés lors de la ronde suivante.

Pour la première ronde, nous avons choisi de définir le consensus entre les experts de la manière suivante :

- Accord sur l'exclusion du critère de qualité si plus de 50% des experts considèrent son inclusion comme moyennement pertinente (4) à pas du tout pertinente (1), et moins de 15 % des experts la considèrent comme relativement pertinente (6) à tout à fait pertinente (9) ;
- Accord sur l'inclusion du critère de qualité si plus de 70 % des experts estiment son inclusion comme relativement pertinente (6) à tout à fait pertinente (9), et moins de 15% d'entre eux l'estiment comme moyennement pertinente (4) à pas du tout pertinente (1) ;
- Absence de consensus avec la nécessité d'une deuxième ronde si plus de 15 % des experts pensent que l'inclusion d'un des critères de qualité est moyennement pertinente (4) à pas du tout pertinente (1), et plus de 15% pensent qu'elle est relativement pertinente (6) à tout à fait pertinente (9).

Pour les rondes suivantes, nous avons défini le consensus entre experts de la manière suivante :

- Accord sur l'exclusion si plus de 40 % des experts disent que l'inclusion du critère de qualité concerné est pas trop pertinente (3) à pas du tout pertinente (1).
- Accord sur l'inclusion si plus de 60 % d'entre eux la considèrent comme relativement pertinente (6) à tout à fait pertinente (9).

E. Déroulement des rondes

a. Modalités pratiques

Le support utilisé pour la création et la diffusion des questionnaires était Google form®. Un mail de présentation était d'abord envoyé à chaque participant pour expliquer l'objectif de chaque ronde pour chacun des x questionnaires, ainsi que pour leur rappeler les objectifs de la thèse et les étapes à venir (Annexe 11).

Dans les mails de fin de ronde, je donnais le nombre de participation, le nombre de critères inclus, exclus ou qui n'avaient pas fait consensus, ainsi que le déroulé des étapes à venir.

Pour chacune des rondes, un deuxième mail était envoyé avec le formulaire à remplir, et des mails de rappel étaient envoyés une à trois fois par semaine selon la rapidité de réponse des experts. Pour les experts dont j'avais les coordonnées téléphoniques, les rappels pouvaient être faits par sms.

Les délais de réponse accordés pour chaque ronde étaient de 2 à 4 semaines en moyenne. Passé ce délai, et si un minimum de 15 réponses était obtenu, la ronde était clôturée.

b. Anonymisation des résultats

Chaque intervenant a été associé à une association de lettres (correspondant à leur profession) suivi d'un chiffre. Le chiffre était donné en fonction de leur classification par ordre alphabétique.

Spécialité	Code (X = numéro attribué à l'expert)
Médecins généralistes	MG(X)
Internes	INT(X)
Infirmière Asalée /IPA	IDE(X)
Coach sportif	CS(X)
Coach APA	APA(X)
Orthophoniste	OP(X)
Diététicienne/Nutritionniste	DIET(X)
Pharmacien	PMC(X)

Tableau 2. Récapitulatif des codes d'anonymisation des experts

c. Analyse des données

Une fois une ronde terminée, je le signalais aux experts. S'en suivait une double analyse présentée sous forme de tableau.

La première analyse était quantitative. Il était ensuite déterminé si un item était inclus, exclu ou n'avait pas fait consensus.

La deuxième était qualitative et prenait en compte les commentaires des experts. Une analyse de ces derniers était faite, et une modification pouvait être apportée.

III. Résultats

A. Recrutement des experts

Le recrutement des experts a été réalisé entre juillet 2022 et novembre 2022 par mail ou contact téléphonique. Sur 65 experts invités à participer à ce projet, un total de 21 professionnels de santé a été inclus, soit 32% de participation.

Les caractéristiques des experts sont décrites dans l'annexe 12.

B. Première Ronde

Cette première ronde s'est déroulée du 12 décembre 2022 au 16 janvier 2023.

Sur les 21 experts inclus dans ce projet, 20 réponses ont été obtenues. Soit un taux de participation à 95%.

Nous n'avons pas d'explication quant à la non réponse de l'expert APA. Ceci malgré des rappels par mail et téléphone.

34 Critères de qualité ont été identifiés et proposés aux experts. Ces derniers pouvaient attribuer une cotation allant de 1 (pas du tout pertinent) à 9 (tout à fait pertinent).

a. Analyse quantitative

Le tableau ci-dessous présente les résultats de cette première ronde. Pour chacun des critères de qualité il y est indiqué les pourcentages de réponse des experts correspondant à chaque note allant de 1 (pas du tout pertinent) à 9 (tout à fait pertinent).

Pour plus de clarté, 3 couleurs ont été attribuées aux critères de qualité selon s'ils avaient obtenu le consensus des experts quant à leur inclusion (vert) ou exclusion (rouge), ou bien s'ils n'avaient pas obtenu le consensus des experts (Jaune).

En plus des pourcentages de réponses, il est spécifié dans le tableau le nombre de votes attribués à chaque note. Ceci est représenté par $n = x$; ou x est le nombre de votes.

Critère de qualité (numéroté par apparition dans le texte)									
Échelle de Likert									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Médiane

1) La vidéo doit respecter les recommandations de bonne pratique de l'ETP du patient.									
0%	0%	0%	0%	0%	0%	5% n = 5	25% n = 5	70% n = 14	9
2) la vidéo doit permettre l'acquisition de compétences d'auto soin, d'adaptation et/ou d'objectifs de savoir (savoir/savoir-faire/savoir-être).									
0%	5% n = 1	0%	0%	0%	0%	10% n = 2	10% n = 2	75% n = 15	9
3) Le titre, le narrateur ou le premier texte rend évident ce dont la vidéo va parler.									
0%	0%	0%	0%	0%	5% n = 1	10% n = 2	15% n = 3	70% n = 14	9
4) Utiliser un langage de tous les jours. Pas de jargon médical. Si utilisation d'acronymes : description au moins une fois.									
0%	0%	0%	5% n = 1	0%	15% n = 3	5% n = 1	25% n = 5	50% n = 10	8.5
5) Les termes médicaux utilisés ne sont utilisés que pour familiariser les patients avec. Quand ils sont utilisés, ils sont expliqués. Pas d'explications longues et compliquées à comprendre ou d'hyperliens.									
0%	0%	0%	0%	0%	5% n = 1	5% n = 1	30% n = 6	60% n = 12	9
6) Utiliser une « voix active » et non « passive » . Ex : prenez ce médicament avec un grand verre d'eau et non pas : ce médicament devra être pris avec un grand verre d'eau. L'idée n'est pas d'être dans l'impératif mais d'inviter le patient à être acteur et de ne pas "subir" les actions.									
0%	0%	5% n = 1	5% n = 1	0%	10% n = 2	20% n = 4	15% n = 3	45% n = 9	8
7) La vidéo découpe l'information en petits bouts plus facile à digérer et assimiler.									
0%	0%	0%	5% n = 1	0%	5% n = 1	10% n = 2	25% n = 5	55% n = 11	9
8) Une vidéo doit durer environ 3 minutes.									
0%	0%	0%	0%	5% n = 1	5% n = 1	25% n = 5	30% n = 6	35% n = 7	8
9) Les différentes sections de la vidéo ont un titre ou introduction claire (mise en contexte).									
5% n = 1	0%	0%	0%	0%	0%	5% n = 1	30% n = 6	60% n = 12	9

10) Les différentes sections ont une séquence logique.									
5% n = 1	0%	0%	0%	0%	0%	5% n = 1	30% n = 6	60% n = 12	9
11) Il doit y avoir un sommaire des différentes parties.									
0%	0%	5% n = 1	0%	10% n = 2	20% n = 4	20% n = 4	20% n = 4	25% n = 5	7
12) Faire un très court récapitulatif à la fin de la vidéo sous le format "take home message".									
0%	0%	0%	0%	10% n = 2	0%	0%	15% n = 3	70% n = 14	9
13) Utilisation d'iconographie pour souligner les éléments importants. Ex : un rond ou Fleche rouge pour attirer le regard sur un point précis.									
0%	0%	0%	0%	0%	5% n = 1	10% n = 2	15% n = 3	70% n = 14	9
14) Du texte peut être utilisé dans dans les vidéos mais ce dernier doit avoir un police, couleur, taille... qui le rendent facilement lisible.									
0%	0%	0%	0%	0%	5% n = 1	15% n = 3	20% n = 4	60% n = 12	9
15) Il doit exister des sous titres de ce que raconte le ou les interlocuteurs.									
0%	5% n = 1	5%	0%	0%	0%	10% n = 2	15% n = 3	65% n = 13	9
16) Les sous-titres sur l'écran doivent être faciles à lire.									
0%	0%	0%	0%	5% n = 1	0%	0%	10% n = 2	85% n = 17	9
17) On entend clairement tout ce qui est dit (articulation, volume, fond sonore).									
0%	0%	0%	0%	0%	10% n = 2	0%	5% n = 1	85% n = 17	9
18) La voix ne doit pas être monotone pour ne pas perdre l'attention du patient.									
0%	0%	0%	0%	5% n = 1	0%	15% n = 3	10% n = 2	70% n = 14	9
19) Utilisations d'illustrations et photos faciles à voir. Il faut privilégier des formats simple ex : pour une illustration choisir une composé uniquement de traits simples et de couleur unique, plutôt qu'une illustrations riche en détails et de couleurs multiples.									
0%	5% n = 1	0%	0%	5% n = 1	0%	10% n = 2	25% n = 5	55% n = 11	9

20) Utilisation de tableaux faciles à lire et à interpréter. Quelque soit le niveau socioculturel.									
0%	0%	0%	15% n = 3	0%	5% n = 1	10% n = 2	10% n = 2	60% n = 12	9
21) Identifie au moins un objectif éducatif que le patient peut entreprendre.									
0%	0%	0%	0%	5% n = 1	0%	15% n = 3	15% n = 3	65% n = 13	9
22) La vidéo s'adresse directement au patient.									
0%	0%	0%	0%	20% n = 4	0%	10% n = 2	20% n = 4	50% n = 10	8.5
23) Découpe toutes les actions à faire en des séquences explicites, faisables et évaluables de façon isolée.									
0%	5% n = 1	0%	0%	0%	5% n = 1	10% n = 2	30% n = 6	50% n = 10	8.5
24) Expliquer clairement l'utilisation des outils (tableaux, chartes...) dont l'utilisation est présentée dans la vidéo.									
0%	0%	0%	5% n = 1	5% n = 1	5% n = 1	15% n = 3	10% n = 2	60% n = 12	9
25) Doit figurer dans la vidéo au moins un des soignants qui intervient dans le parcours du patient.									
0%	5% n = 1	10% n = 2	10% n = 2	5% n = 1	10% n = 2	25% n = 5	5% n = 1	30% n = 6	7
26) La vidéo est visuellement accueillante. (Des intervenants souriants, une coloration chaude...).									
0%	0%	0%	5% n = 1	5% n = 1	0%	15% n = 3	20% n = 4	55% n = 11	9
27) Les habits du praticien ne doivent pas distraire le regard du patient.									
0%	0%	0%	5% n = 1	0%	15% n = 3	10% n = 2	25% n = 5	45% n = 9	8
28) Le fond doit être uniforme et non complexe.									
0%	0%	0%	0%	5% n = 1	10% n = 2	15% n = 3	30% n = 6	40% n = 8	8
29) Utilisation d'information validée scientifiquement.									
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5% n = 1	95% n = 19	9

30) Inclure des patients dans la conception de la vidéo.									
0%	0%	5% n = 1	0%	10% n = 2	10% n = 2	0%	15% n = 3	60% n = 12	9
31) Inclure des patients dans la validation de la vidéo.									
0%	0%	0%	0%	5% n = 1	10% n = 2	15% n = 3	10% n = 2	65% n = 13	9
32) Déterminer une population cible de la vidéo.									
0%	0%	0%	0%	0%	5% n = 1	15% n = 3	10% n = 2	70% n = 14	9
33) La majorité de la vidéo est consacrée à donner des outils au patient pour la mise en œuvre de modification comportemental orientée à la prise en charge de sa maladie.									
5% n = 1	5% n = 1	5% n = 1	0%	5% n = 1	10% n = 2	0%	25% n = 5	45% n = 9	8
34) Pour renforcer la mémoire de long terme un format interrogatif est utilisé au début de chaque séquence pour impliquer davantage le patient. Ex : “dans cette situation, que feriez vous ?” puis donner l’explication.									
0%	5% n = 1	0%	0%	10% n = 2	5% n = 1	40% n = 8	5% n = 1	35% n = 7	7

Tableau 3. Premier questionnaire : résumé des résultats

Au terme de cette analyse 31 critères ont été inclus pour la ronde suivante et 3 n’ont pas fait consensus.

Aucun critère n’a été exclu.

Est résumé dans le tableau 4, la moyenne des notes par critère de qualité selon la profession des experts.

Numéro du critère de qualité	Moyenne totale	MG	INT	IDE	CS	OP	DIET	PMC
1	8,65	8,44	8,67	8,67	9,00	9,00	8,50	9,00
2	8,35	8,33	9,00	6,67	9,00	9,00	5,50	9,00
3	8,50	8,56	8,00	8,33	9,00	8,00	8,00	9,00
4	7,95	8,11	6,00	8,67	9,00	8,00	7,50	9,00
5	8,45	8,33	8,33	8,67	9,00	8,00	8,00	9,00
6	7,40	7,00	6,67	8,67	9,00	7,00	8,50	9,00
7	8,15	8,00	8,67	7,33	9,00	8,00	6,50	8,00
8	7,85	7,89	8,00	7,67	9,00	8,00	7,00	8,00
9	8,40	8,33	9,00	8,33	9,00	8,00	8,50	9,00
10	8,20	8,78	5,67	8,33	9,00	8,00	8,50	9,00
11	7,10	6,67	8,00	6,33	9,00	7,00	7,00	9,00
12	8,45	8,33	9,00	7,67	9,00	8,00	7,00	9,00
13	8,50	8,44	8,00	8,67	9,00	8,00	8,50	9,00
14	8,35	7,78	9,00	8,67	9,00	8,00	8,50	9,00
15	8,00	8,00	8,67	7,00	9,00	8,00	6,00	9,00
16	8,70	8,89	7,67	8,67	9,00	9,00	8,50	9,00
17	8,65	9,00	8,00	8,00	9,00	8,00	9,00	9,00
18	8,40	8,56	7,67	8,00	9,00	8,00	8,50	9,00
19	8,00	8,00	8,33	6,33	9,00	8,00	5,50	9,00
20	7,75	7,11	9,00	7,33	9,00	8,00	6,00	9,00
21	8,35	8,56	8,33	7,67	9,00	9,00	7,00	9,00
22	7,80	7,22	7,67	9,00	9,00	8,00	8,00	9,00
23	8,00	8,22	8,33	6,33	9,00	8,00	5,00	9,00
24	7,95	8,00	7,33	7,33	9,00	8,00	7,00	9,00
25	6,50	5,67	5,00	7,67	9,00	7,00	9,00	9,00
26	8,05	8,33	7,33	7,67	9,00	5,00	8,00	9,00
27	7,85	8,11	7,33	6,67	9,00	6,00	8,50	9,00
28	7,90	7,89	8,00	6,67	9,00	7,00	7,50	9,00
29	8,95	8,89	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00
30	7,85	7,78	8,67	6,33	9,00	9,00	5,50	9,00
31	8,25	8,56	8,33	8,33	9,00	9,00	6,50	9,00
32	8,40	8,56	8,33	7,67	9,00	8,00	8,50	9,00
33	7,20	7,33	6,33	5,67	9,00	8,00	5,00	9,00
34	7,25	7,44	7,67	4,67	9,00	7,00	5,50	9,00

Tableau 4. Première ronde : Résumé des réponses selon les professionnels de santé.

b. **Analyse Qualitative**

Lors de la première ronde, un total de 82 commentaires ont été recueillis et mis en forme dans l'annexe 13.

C. Deuxième ronde

Cette deuxième ronde s'est déroulée du 20 janvier au 5 février.

Sur les 21 experts inclus dans ce projet, 19 réponses ont été obtenues. Soit un taux de participation à 90%.

Un des experts n'a pu donner sa réponse à temps avant la clôture de cette ronde. L'expert n'ayant pas répondu à la première ronde n'a pas non plus donné son avis sur celle-ci.

38 Critères de qualité ont été proposés aux experts. Ces derniers pouvaient attribuer une cotation allant de 1 (pas du tout pertinent) à 9 (tout à fait pertinent).

a. **Analyse Quantitative**

1) La vidéo doit respecter les recommandations de bonne pratique de l'ETP du patient									
0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	10.5% n = 2	15.8% n = 3	68.4% n = 13	9
2) la vidéo doit permettre l'acquisition de compétences d'auto soin, d'adaptation et/ou d'objectifs de savoir (savoir/savoir-faire/savoir-être).									
0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	0% n = 0	5.3% n = 1	0% n = 0	21.1% n = 4	68.4% n = 13	9
3) Le titre, le narrateur ou le premier texte rend évident ce dont la vidéo va parler.									
0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	5.3% n = 1	15.8% n = 3	73.7% n = 14	9
4) Les termes médicaux utilisés ne sont utilisés que pour familiariser les patients avec. Quand ils sont utilisés, ils sont expliqués. Pas d'explications longues et compliquées à comprendre ou d'hyperliens.									
0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	10.5% n = 2	31.6% n = 6	52.6% n = 10	9
5) Utiliser un langage de tous les jours. Pas de jargon médical sauf si nécessaire. Si utilisation d'acronymes : description au moins une fois.									
0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	10.5% n = 2	21.2% n = 4	63.2% n = 12	9
6) Utiliser une « voix active » et non « passive » . Ex : Nous vous recommandons de prendre ce médicament avec un grand verre d'eau pour une meilleure tolérance plutôt									

que, ce médicament devrait être pris avec un grand verre d'eau pour une meilleure tolérance.
L'idée n'est pas d'être dans l'impératif mais d'inviter le patient à être acteur et de ne pas "subir" les actions.

0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	0% n = 0	5.3% n = 1	31.6% n = 6	21.2% n = 4	36.8% n = 7	8
-------------	-------------	-------------	---------------	-------------	---------------	----------------	----------------	----------------	---

7) La vidéo découpe l'information en petits bouts plus faciles à comprendre et assimiler.

0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	0% n = 0	10.5% n = 2	36.8% n = 7	47.4% n = 9	8
-------------	-------------	-------------	-------------	---------------	-------------	----------------	----------------	----------------	---

8) Une vidéo doit être la plus courte possible. 3-5 min en moyenne. L'idée est d'être clair sans pour autant perdre en précision (vidéo trop courte). Ne pas dépasser 10 minutes pour les plus longues.

0% n = 0	0% n = 0	5.6% n = 1	0% n = 0	5.6% n = 1	11.1% n = 2	11.1% n = 2	11.1% n = 2	56.6% n = 10	9
-------------	-------------	---------------	-------------	---------------	----------------	----------------	----------------	-----------------	---

9) Les différentes sections de la vidéo ont un titre ou introduction claire (mise en contexte).

0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	47.4% n = 9	47.4% n = 9	8
-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	---------------	----------------	----------------	---

10) Les différentes sections ont une séquence logique.

5.3% n = 1	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	36.8% n = 7	52.6% n = 10	9
---------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	---------------	----------------	-----------------	---

11) Il est bon d'avoir un sommaire des différentes parties. Non obligatoire si vidéo très courte pour ne pas alourdir.

0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	5.3% n = 1	10.5% n = 2	10.5% n = 2	15.8% n = 3	31.6% n = 6	21.1% n = 4	8
-------------	-------------	---------------	---------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	---

12) Faire un très court récapitulatif à la fin de la vidéo sous le format "take home message".

0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	0% n = 0	0% n = 0	22.2% n = 4	72.2% n = 13	9
-------------	-------------	-------------	-------------	---------------	-------------	-------------	----------------	-----------------	---

13) Utilisation d'iconographie pour souligner les éléments importants.
Ex : un rond ou Flèche rouge pour attirer le regard sur un point précis. Non obligatoire.

0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	5.3% n = 1	10.5% n = 2	26.3% n = 5	52.6% n = 10	9
-------------	-------------	-------------	-------------	---------------	---------------	----------------	----------------	-----------------	---

14) Du texte peut être utilisé dans dans les vidéos mais ce dernier doit avoir un police, couleur, taille... qui le rendent facilement lisible. Il doit être réduit au strict minimum.

0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	26.3% n = 5	31.6% n = 6	42.1% n = 8	8
-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	----------------	----------------	----------------	---

15) Il doit exister des sous titres de ce que disent le ou les interlocuteurs. Possibilité de les proposer en optionnel.									
0% n = 0	5.3% n = 1	0% n = 0	0% n = 0	10.5% n = 2	15.8% n = 3	5.3% n = 1	21.1% n = 4	42.1% n = 8	8
16) Les sous-titres sur l'écran doivent être faciles à lire.									
0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	5.3% n = 1	0% n = 0	26.3% n = 8	63.2% n = 9	9
17) On entend clairement tout ce qui est dit (articulation, volume, fond sonore).									
0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	0% n = 0	10.5% n = 2	84.2% n = 16	9
18) La voix ne doit pas être monotone pour ne pas perdre l'attention du patient.									
0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	0% n = 0	10.5% n = 2	21.1% n = 4	63.2% n = 12	9
19) Utilisations d'illustrations et photos faciles à voir. Il faut privilégier des formats simple ex : pour une illustration choisir une composé uniquement de traits simples et de couleur unique, plutôt qu'une illustrations riche en détails et de couleurs multiples.									
0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	0% n = 0	15.8% n = 3	21.1% n = 4	57.9% n = 11	9
20) Si utilisation de tableaux, ils doivent être faciles à lire et à interpréter. Quel que soit le niveau socioculturel.									
0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	15.8% n = 3	26.3% n = 5	52.6% n = 10	9
21) Identifier au moins un objectif éducatif que le patient peut entreprendre.									
0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	5.3% n = 1	15.8% n = 3	68.4% n = 13	9
22) La vidéo s'adresse directement au patient.									
0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	21.1% n = 4	0% n = 0	15.8% n = 3	10.5% n = 2	52.6% n = 10	9
23) Découpe toutes les actions à faire en des séquences explicites, faisables et évaluables de façon isolée.									
0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	21.1% n = 4	0% n = 0	15.8% n = 3	15.8% n = 3	42.1% n = 8	8
24) Expliquer clairement l'utilisation des outils (tableaux, chartes...) dont l'utilisation est présentée dans la vidéo.									
0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	10.5% n = 2	0% n = 0	15.8% n = 3	31.6% n = 6	42.1% n = 8	8

25) Favoriser l'intervention dans la vidéo, d'au moins un des soignants qui intervient dans le parcours du patient.									
0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	10.5% n = 2	5.3% n = 1	10.5% n = 2	15.8% n = 3	52.6% n = 10	9
26) La vidéo est visuellement accueillante. (Des intervenants souriants, une coloration chaude...).									
5.3% n = 1	0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	21.1% n = 4	68.4% n = 13	9
27) Les habits du praticien ne doivent pas distraire le regard du patient.									
0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	10.5% n = 2	5.3% n = 1	21.1% n = 4	5.3% n = 1	57.9% n = 11	9
28) Le fond doit être le plus uniforme possible et non complexe pour ne pas distraire le patient.									
0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	10.5% n = 2	0% n = 0	21.1% n = 4	21.1% n = 4	47.4% n = 9	8
29) Utilisation d'information validée scientifiquement.									
0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	94.7% n = 18	9
30) Mettre à jour la vidéo en fonction des avancées des connaissances médicales et pour continuer à la rendre attractive.									
0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	100% n = 19	9
31) Recueillir les besoins et attentes des patients pour trouver des idées de thème et de contenu de vidéos. Non obligatoire.									
0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	5.6% n = 1	5.6% n = 1	16.7% n = 3	72.2% n = 13	9
32) Inclure des patients dans la conception de la vidéo.									
0% n = 0	5.3% n = 1	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	10.5% n = 2	10.5% n = 2	21.1% n = 4	52.6% n = 10	9
33) Inclure des patients dans la validation de la vidéo.									
0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	0% n = 0	5.3% n = 1	10.5% n = 2	21.1% n = 4	57.9% n = 11	9
34) Déterminer une population cible de la vidéo.									
0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	21.1% n = 4	5.3% n = 1	73.7% n = 14	9

35) La majorité de la vidéo est consacrée à donner des outils au patient pour la mise en œuvre de modification comportementale orientée à la prise en charge de sa maladie. Ces outils peuvent être de nature variée (compétence d'auto soins, compétence d'adaptation...)									
0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	5.3% n = 1	5.3% n = 1	5.3% n = 1	5.3% n = 1	26.3% n = 5	47.4% n = 9	8
36) Pour renforcer la mémoire de long terme, un format interrogatif est utilisé au début de chaque séquence pour impliquer davantage le patient et l'amener à réfléchir. Ex : "Dans cette situation, que feriez vous ?", "De quoi auriez vous besoin?" puis donner l'explication.									
0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	5.3% n = 1	5.3% n = 1	5.3% n = 1	26.3% n = 5	15.8% n = 3	42.1% n = 8	8
37) Dans l'objectif de renforcer la mémoire et de mettre le patient dans une posture réflexive; proposer en option, un quiz synthétique pour que le patient teste et mette en action ce qu'il a appris.									
0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	10.5% n = 2	36.8% n = 7	10.5% n = 2	42.1% n = 8	8
38) Associer un court document synthétique qu'il pourra télécharger ou imprimer, afin d'avoir un accès rapide aux informations essentielles s'il en a le besoin.									
0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	0% n = 0	10.5% n = 2	21.1% n = 4	68.4% n = 13	9

Tableau 5. Deuxième questionnaire : résumé des résultats

Au terme de cette analyse, les 38 critères ont été inclus.

Numéro du critère de qualité	Moyenne totale	MG	INT	IDE	CS	OP	DIET
1	8,47	8,44	9,00	8,00	9,00	8,00	8,50
2	8,37	8,56	8,67	7,33	9,00	8,00	8,50
3	8,58	8,89	8,00	8,33	9,00	8,00	8,50
4	8,32	8,56	8,33	7,67	9,00	8,00	8,00
5	8,26	8,56	6,33	8,67	9,00	8,00	9,00
6	7,74	7,56	7,00	8,33	9,00	8,00	8,50
7	8,16	8,22	8,33	7,33	8,00	8,00	8,50
8	7,78	8,00	8,33	7,00	9,00	5,00	8,00
9	8,42	8,44	8,67	8,33	9,00	8,00	8,50
10	8,11	8,56	5,67	8,67	8,00	8,00	8,50
11	7,05	6,33	8,33	6,33	9,00	8,00	8,50
12	8,11	8,78	9,00	7,67	8,00	Non noté	8,50
13	8,16	8,00	8,67	8,00	8,00	8,00	8,50
14	8,16	8,00	8,33	8,67	8,00	8,00	8,00
15	7,42	7,67	7,33	5,33	8,00	8,00	8,50
16	8,37	8,67	6,67	8,67	9,00	8,00	9,00
17	8,74	8,89	8,00	8,67	9,00	9,00	9,00
18	8,37	8,44	7,33	8,67	9,00	8,00	9,00
19	8,26	8,11	8,00	8,33	9,00	8,00	9,00
20	8,26	8,11	8,67	8,00	9,00	8,00	8,50
21	8,26	8,33	9,00	7,00	9,00	8,00	8,50
22	7,74	7,22	7,67	8,33	9,00	8,00	8,50
23	7,42	7,11	6,67	7,33	9,00	8,00	9,00
24	7,95	8,22	6,00	8,33	9,00	8,00	8,50
25	7,79	7,11	7,33	9,00	9,00	8,00	9,00
26	7,68	8,67	6,33	6,33	9,00	8,00	9,00
27	7,95	8,22	7,33	7,67	9,00	5,00	9,00
28	7,95	7,67	8,33	7,67	9,00	7,00	9,00
29	8,95	9,00	9,00	8,67	9,00	9,00	9,00
30	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00
31	8,56	8,25	8,33	9,00	9,00	9,00	9,00

32	7,89	7,56	7,67	8,00	9,00	9,00	8,50
33	8,16	8,22	7,67	7,33	9,00	9,00	9,00
34	8,53	8,22	9,00	8,67	9,00	9,00	9,00
35	7,68	7,33	8,00	7,00	9,00	9,00	8,50
36	7,68	7,33	8,00	7,67	9,00	7,00	8,50
37	7,84	7,44	8,00	8,00	9,00	7,00	9,00
38	8,58	8,44	8,67	8,33	9,00	9,00	9,00

Tableau 6. Deuxième ronde : Résumé des réponses selon les professionnels de santé

b. Analyse Qualitative

Lors de la deuxième ronde, un total de 47 commentaires ont été recueillis et mis en forme dans l'annexe 14.

IV. Discussion

A. Principaux résultats

a. Synthèse des résultats

Après avoir recruté une équipe de 21 experts en éducation thérapeutique, un ensemble de critères de qualité a été soumis à cette équipe pour la création de vidéos d'éducation thérapeutique. En utilisant la méthode de la ronde de Delphi, le protocole final a été élaboré après deux tours et présenté dans l'annexe 15. Une autre forme du protocole est proposée dans l'annexe 16 pour servir de "feuille de route".

b. Interprétation des résultats

i. Sélection de critères de qualité pour une vidéo d'éducation thérapeutique en soins premiers

Un consensus sur les critères de qualité a été obtenu en deux rondes.

ii. Première ronde

1. Analyse quantitative

Sur les 34 critères de qualité proposés, 31 ont été inclus, soit 91%. Aucun critère n'a été exclu, mais trois critères de qualité n'ont pas fait consensus.

Toutes les médianes étaient au-dessus de 7. Y compris les 3 critères n'ayant pas fait consensus.

Le critère avec la moyenne totale la plus basse était de 6,5 et de 7,1 pour les critères inclus. La moyenne la plus basse en regardant par spécialités était retrouvée chez les diététiciens/nutritionnistes et les internes à 5.

Les trois critères n'ayant pas fait consensus sont les suivants :

Utilisation de tableaux faciles à lire et à interpréter. Quel que soit le niveau socioculturel.	15% des notes étaient de 4 et 85% d'entre elles entre 6 et 9.
Doit figurer dans la vidéo au moins un des soignants qui intervient dans le parcours du patient.	C'est le critère qui a eu les notations les plus disparates. 25% d'entre elles étaient entre 2 et 4 et 70% entre 6 et 9.
La majorité de la vidéo est consacrée à donner des outils au patient pour la mise en œuvre de modifications comportementales orientée à la prise en charge de sa maladie.	15% des notes se trouvaient entre 1 et 3 et 80% entre 6 et 9.

Tableau 7. Critères de la première ronde qui n'ont pas fait consensus.

On remarque que le critère d'inclusion de 70% entre 6 et 9 était acquis pour ces trois propositions. Ce qui pourrait sous-entendre une inclusion à la prochaine ronde après modifications.

2. Analyse qualitative

Un total de 82 commentaires ont été recueillis. Les médecins généralistes ont contribué avec 47 commentaires, suivis des internes avec 22 commentaires, des infirmières azalées avec 11 commentaires, de l'orthophoniste avec 2 commentaires et des diététiciennes avec 2 commentaires. Aucun commentaire n'a été fourni par le coach sportif ni par la pharmacienne. Les notes chez ces dernières étaient systématiquement entre 8 et 9.

Il a été souligné qu'une vidéo répondant à ces critères ne pourrait pas constituer un programme d'éducation thérapeutique à elle seule, et qu'une intervention humaine serait nécessaire pour évaluer et développer les points de la vidéo. Une partie des commentaires a montré une approbation marquée du critère en question, tandis que la majeure partie apportait des nuances. Cela a permis de modifier 13 critères (Annexe 17).

Certaines propositions très intéressantes n'ont pas été incorporées dans le questionnaire car elles sortaient du cadre d'une vidéo d'éducation thérapeutique en soins primaires, comme la proposition de faire un questionnaire interactif avec des réponses en fonction des choix. Cela pourrait être imaginé plutôt dans une application d'éducation thérapeutique.

L'analyse des commentaires, en particulier de la section "commentaires additionnels", a conduit à la création de 4 nouveaux critères à soumettre aux experts (tableau 8).

Mettre à jour la vidéo en fonction des avancées des connaissances médicales et pour continuer à la rendre attractive.
Recueillir les besoins et attentes des patients pour trouver des idées de thèmes et de contenus de vidéos. Non obligatoire.
Dans l'objectif de renforcer la mémoire et de mettre le patient dans une posture réflexive; proposer en option, un quiz synthétique pour que le patient teste et mette en action ce qu'il a appris.
Associer un court document synthétique qu'il pourra télécharger ou imprimer, afin d'avoir un accès rapide aux informations essentielles s'il en a le besoin.

Tableau 8. Critères de qualité ajoutés après la première ronde.

Certains commentaires m'ont amené à apporter quelques précisions dans mon mail de fin de première ronde (annexe 18).

iii. Deuxième ronde

1. Analyse quantitative

L'ensemble des 38 critères de qualité proposés ont été validés et inclus à l'issue de cette deuxième ronde. Les médianes étaient toutes de 8 ou plus. La moyenne totale la plus basse était de 7.05. La plus basse en regardant par spécialité était de 5.

Il manque une notation pour 3 critères de qualité différents, chaque fois par un expert différent. L'un des experts a expliqué dans un commentaire qu'il ne comprenait pas le critère de qualité numéro 31, ce qui explique pourquoi il n'a pas répondu. Un autre expert a fourni un commentaire favorable pour le critère de qualité numéro 12, mais n'a pas attribué de notation. Enfin, le dernier expert n'a ni noté, ni fourni de commentaire concernant le critère de qualité numéro 8.

Il n'a pas été retrouvé de franche discordance dans les résultats entre experts.

2. Analyse qualitative

Il y a eu 47 commentaires sur cette deuxième et dernière ronde, soit 43% de moins que la première. Cela est sûrement dû au fait que les corrections ont répondu à certaines attentes. Vingt-quatre des commentaires ont été réalisés par les médecins généralistes, 5 par les infirmières Asalée, 5 par les internes, et 13 par l'orthophoniste. La majorité des commentaires de cette dernière étaient pour souligner que certains critères étaient jugés "trop évidents" et que leur formulation ne pouvait qu'amener à une réponse positive.

L'orthophoniste expert a considéré que les critères actuels ne permettent pas une personnalisation suffisante pour chaque patient individuellement et que cela nécessite une discussion avec un professionnel de santé pour discuter de l'éducation thérapeutique du patient. Ce qui est précisément l'objectif de ces vidéos.

Les vidéos font partie d'un programme d'ETP mis en place par une équipe pluridisciplinaire de soins primaires. Elles sont un moyen supplémentaire de fournir des informations complémentaires à une intervention en personne.

Il a donc été souligné une fois de plus l'importance d'inclure ces vidéos dans un parcours plus global et pluridisciplinaire.

Certains de ces commentaires venaient préciser l'importance du critère dans cette démarche globale de création de vidéo.

Le critère "identifier au moins un objectif éducatif que le patient peut entreprendre" manquait de précision. De la même façon, le critère "découper toutes les actions en des séquences explicites, faisables et évaluables de façon isolée" ne semblait pas assez clair. De plus, il ne semblait pas clair pour un des experts que le critère "recueillir les besoins et attentes des patients pour trouver des idées de thèmes et de contenus de vidéos, non obligatoire" était un recueil à priori de la vidéo. Pour les critères 36 et 37 relatifs au renforcement de la mémoire, il a été proposé de plutôt utiliser le terme "mémorisation", ce qui a été accepté. Ces remarques ont abouti aux changements retrouvés dans l'annexe 19.

Tous ces changements ont été validés en concertation avec mon directeur de thèse.

Une proposition a été soumise pour évaluer les connaissances des patients avant et après la diffusion de la vidéo. Toutefois, cette proposition n'a pas été retenue car le bilan initial du patient et l'évaluation des acquis ne se font pas lors de la vidéo, mais auprès d'un des soignants.

Néanmoins, il serait envisageable d'utiliser des questionnaires "avant/après" pour évaluer la qualité des vidéos produites conformément aux critères établis dans le référentiel de cette thèse.

B. Forces et limites de mon travail

a. Forces de mon travail

Tout d'abord, ce travail vise à répondre à un besoin pratique : faciliter le travail d'éducation thérapeutique en soins premiers. Il a abouti à la création d'un guide pour la réalisation de vidéos d'éducation thérapeutique. Ce travail est novateur et n'a pas encore été réalisé d'après la littérature qui a été analysée.

De plus, ce travail a servi à la réalisation de vidéos sur l'outil d'e-ETP IVEHTE développé par le Dr Savignac.

La revue narrative de la littérature, qui a permis de définir la plupart des critères de qualité présentés dans ce guide final, a été menée avec rigueur. Pour limiter les biais de publication, j'ai utilisé plusieurs grandes bases de données. Pour limiter les biais de sélection, j'ai utilisé les équations de recherche les plus larges possible, sans pour autant diluer le sujet. J'ai ensuite affiné manuellement la sélection.

Le choix de la méthode par rondes de Delphi permet, en premier lieu, d'éviter l'effet de "leader d'opinion" qui pourrait limiter l'expression et la créativité de chacun. Les réponses des experts étant anonymes, chacun pouvait s'exprimer librement, sans jugement du groupe. Cette méthode permet également de recruter un panel d'experts sans limitation géographique ou temporelle.

Les experts ont été choisis avec soin, en raison de leurs connaissances et compétences adéquates pour l'interprétation et l'analyse des critères. Ils devaient soit avoir des connaissances approfondies du sujet, soit de l'expérience pratique sur le terrain, comme les infirmières Asalée par exemple. Tous les experts avaient une activité en soins primaires.

Enfin, le taux de participation des experts était élevé, avec un taux de participation de 95% pour la première ronde et de 90% pour la deuxième. Je tiens à souligner l'implication des experts dans ce travail. Leurs avis et commentaires étaient souvent pertinents et ont conduit à des changements et des améliorations. Pour favoriser cela, j'ai été disponible pour répondre à leurs éventuelles questions, et j'ai pris le temps de les encourager et de les remercier à chaque relance ou fin de ronde. Certains experts m'ont appelé pour mieux comprendre le but de mon travail et le déroulement de cette méthode de recherche.

b. Limites de mon travail

En ce qui concerne la revue réalisée préalablement à l'élaboration des questionnaires, il est important de noter qu'elle ne répond pas aux critères d'une revue systématique de la littérature, car il n'y a pas eu de lecture en double aveugle ni d'évaluation de la qualité des articles. Cela constitue donc un premier biais à cette étude.

Pour ce qui est de la méthode de Delphi, il faut savoir qu'elle ne permet pas de débat entre les participants, et ne retient pas les opinions extrêmes, ce qui constitue une limite inhérente à cette méthode. Pour le recrutement des experts, il aurait été intéressant d'avoir plusieurs représentants de chaque corps de métier pour avoir une idée plus précise de l'avis général de cette spécialité.

Il est également important de souligner que cette question de recherche ne permet pas d'évaluer la faisabilité ou l'applicabilité de ces vidéos en pratique courante, ni l'intérêt ou l'adhésion des patients à ce type d'éducation thérapeutique.

C. Perspectives

Plusieurs travaux de recherches pourraient être réalisés pour approfondir et enrichir ce travail de recherche sur l'e-ETP.

Tout d'abord, il conviendrait de mettre en application le guide élaboré, et de tester sa validité. Parallèlement, une étude qualitative auprès de médecins généralistes ou de professionnels amenés à utiliser le guide pourrait évaluer son applicabilité et sa faisabilité en pratique courante, notamment en soins de premier recours.

De la même façon, l'éducation thérapeutique étant un partenariat et un travail conjoint avec les patients, il semble important et même indispensable d'avoir l'avis des patients susceptibles d'être confrontés à ces vidéos.

Il est envisageable de soumettre ce type d'éducation thérapeutique à la validation d'organismes tels que la HAS, afin de l'intégrer dans un parcours éducatif similaire à celui proposé en présentiel.

Les vidéos d'éducation à la santé créées par le Dr Corentin Lacroix sur sa chaîne Whydoc, en collaboration avec des organismes tels que l'Assurance Maladie et l'Union régionale des médecins libéraux de la Loire, rencontrent un grand succès. En effet, elles ont été visionnées plus de 2,5 millions de fois et ont reçu 6 lauréats de l'Académie nationale de médecine.

Dans ce contexte, il semble pertinent d'adapter le guide afin qu'il puisse être utilisé pour la création de vidéos d'éducation à la santé.

V. Conclusion

Ce travail de recherche sur l'éducation thérapeutique en soins primaires a permis d'aboutir à la création d'un ensemble de critères de qualité pour la conception de vidéos d'éducation thérapeutique.

J'ai proposé, à la fin de mon travail, d'utiliser ce guide et d'évaluer son applicabilité et sa faisabilité en pratique.

Il est certain que l'éducation thérapeutique est essentielle pour nos patients, et la médecine de ville est en mesure de l'appliquer efficacement grâce à l'utilisation d'outils tels que des vidéos éducatives, ainsi qu'à une collaboration organisée entre professionnels de santé. Le projet du Dr Savignac et son application d'e-ETP IVEHTE illustrent parfaitement cette approche, qui a déjà intégré le guide issu de cette thèse.

D'autres travaux de recherche complémentaires au mien semblent nécessaires afin d'approfondir et de développer le sujet de l'éducation thérapeutique en soins primaires.

Toulouse, le 16 mars 2023

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



Vu l'avis
Stephane Oudine

VI. Références bibliographiques :

- (1) Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948
- (2) Organisation mondiale de la santé (OMS). Première conférence internationale pour la promotion de la santé. Ottawa: OMS; 1986.
- (3) xavier de la tribonnière. Pratiquer l'éducation thérapeutique, l'équipe et les patients. France : Elsevier Masson; 2016
- (4) Sandrine-Berthon B. Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé ? Médecine des maladies métaboliques 2010; 4(1):38-43
- (5) Haut Comité de la santé publique (HCSP). La santé en France. Paris : La documentation française; novembre 1994. p. 334.
- (6) Organisation mondiale de la santé (OMS). Programme de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. OMS; 1998.
- (7) Tourette-Turgis C. l'éducation thérapeutique du patient : champ pratique et champ de recherche. Savoirs 2014; 35 : 11-48
- (8) Bartlett EE. Historical glimpses of patient education in the united states. Patient Educ Couns 1986; 8 : 135-49
- (9) Miller LV, Goldstein V. More efficient care of diabetic patients in county-hospital setting. N Eng J Med 1972; 286 : 1388-97
- (10) Lacroix A, Assal JP. l'éducation thérapeutique des patients : accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches Paris : Maloine; 2011 p. 220
- (11) Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- (12) Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
- (13) Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011.
- (14) Haute autorité de santé (HAS). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient sans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. 109 pages [internet]. 2007.
Disponible en ligne sur :
http://www.has-santé.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2pdf.pdf.
- (15) Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- (16) Décret n°2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient.
- (17) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Référentiel de compétences des praticiens en ETP [Internet]; 2011.
Disponible en ligne sur :
<http://www.inpes.santé.fr/referentiel-competences-ETP/pdf/referentiel-praticien.pdf>.
- (18) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Référentiel de compétences pour les coordinateurs de programme [Internet]; 2011.

Disponible en ligne sur :

<http://www.inpes.santé.fr/referentiel-competences-ETP/pdf/referentiel-coordination.pdf>.

- (19) Décret n°2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient.
- (20) Haute autorité de santé (HAS). Auto-évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient. Guide pour les coordinateur et les équipes [Internet].

Disponible en ligne sur :

http://www.has-sante.fr/portail/uploads/docs/application/pdf/2014-06/evaluation_annuelle_mai_juin_2014.pdf

- (21) Haute autorité de santé (HAS). Evaluation quadriennale d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : une démarche d'auto-évaluation [Internet]; 2014

Disponible en ligne :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1748115/fr/evaluation-quadriennale-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-une-demarche-d-auto-evaluation.

- (22) Van ballekom K. l'éducation du patient en hôpital. l'autonomie du patient, de l'information à l'éducation : une étude sur l'éducation du patient en hôpital. Pratiques et politiques en Belgique, Royaume uni, France et Pays bas. Conclusion et recommandation pour la Belgique. Godinne : centre d'éducation du patient; 2008.
- (23) Mutualité française. Les programmes d'éducation thérapeutique du patient près de chez vous [Internet]; 2015.

Disponible en ligne sur : <http://www.prioritesantemutualiste.fr/psm/programmes-etp>.

- (24) White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961; 265:885-92
- (25) Olivier Kandel, Marie-Alice Bousquet, Julie Chouilly, "Manuel théorique de médecine générale, 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline", 2018. 179-180
- (26) Hosam M Alraqiq, Grace Zhou, Hayley Gorglio, Burton L Edelstein, Analysis of 100 Most-Viewed YouTube Toothbrushing Videos, The American Dental Hygienists' Association, 2021
- (27) Stacy Loeb, Shomik Sengupta, Mohit Butaney, Joseph N Macaluso Jr, Stefan W Czarniecki, Rebecca Robbins et al, Dissemination of Misinformative and Biased Information about Prostate Cancer on YouTube, European urology vol 75, issue 4, 2018
- (28) Chase I Kahn, Rita Wang, Kunal Shetty, Mikayla J Huestis, Michael B Cohen, Jessica R Levi, Assessing the Educational Quality of Facebook Videos as an Informative Resource on Otitis Media, Volume: 164 issue: 1, page(s): 110-116, 2020
- (29) Valéria de Cássia Sparapani, Sidney Fels, Noreen Kamal, Lucila Castanheira Nascimento, Conceptual framework for designing video games for children with type 1 diabetes, Rev Lat Am Enfermagem. 2019; 27: e3090, 2019
- (30) Anne-Véronique Florin, Evaluation de l'impact d'une information diffusée par vidéo sur les connaissances des parents quant à la fièvre de l'enfant, lille, france, 2018
- (31) Clément Houvin, Diabète gestationnel et information prénatale : apport de l'audiovisuel à la maternité de Jeanne de Flandre du CHU de lille à la lumière du site permaman.be, France, 2021

- (32) Jean Thiercelin, Impact d'une vidéo éducative dans la mise en place d'un wet-wrapping chez le sujet porteur d'une dermatite atopique sévère, Nante, France, 2013
- (33) DUMG. Méthodes de consensus, ronde de delphi et groupes nominaux, principes. 2021.
- (34) Les conférences de consensus [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <http://base.d-p-h.info/fr/fiches/dph/fiche-dph-7721.html>
- (35) Recommandations par consensus formalisé (RCF) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272505/fr/recommandations-par-consensus-formalise-rcf
- (36) Shoemaker SJ, Wolf MS, Brach C. Development of the Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT): a new measure of understandability and actionability for print and audiovisual patient information. Patient Education and Counseling Volume 96, Issue 3, September 2014, Pages 395-403
- (37) Foix M, Herniot Q, Gonneau A, Castera Ph. La photographie du professionnel de santé améliore la mémorisation du message des affiches en salle d'attente : un essai contrôlé randomisé par cluster dans le cadre du sevrage tabac.
- (38) Badarudeen S, Sabharwal S. Assessing readability of patient education materials: current role in orthopaedics. Clinical Orthopaedics and Related Research; May 2010.
- (39) Suitability Assesement of Materials for evaluation of health related information for adults. Practice development; 2008
Disponible sur : <http://aspiruslibrary.org/literacy/sam.pdf>
- (40) U.S. Department of Health and Human Services Research-based web design and usability guidelines U.S. Government Printing Office, Washington, DC (2006)
- (41) R. Rudd Objective 11-2. Improvement of health literacy Communicating health: priorities and strategies for progress, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, DC (2003)
https://health.gov/sites/default/files/2019-09/Health_Literacy_Action_Plan.pdf
- (42) L. Clayton TEMPtEd: development and psychometric properties of a tool to evaluate material used in patient education J Adv Nurs, 65 (2009), pp. 2229-2238
- (43) Charnock D, Shepperd S, Needham G, et al. DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. Journal of Epidemiology & Community Health 1999;53:105-111
- (44) Kaphingst K, Kreuter M, Casey C, Leme L, et al. Health Literacy INDEX: development, reliability, and validity of a new tool for evaluating the health literacy demands of health information materials. International perspectives; Vol 17 P 203-221; 2012.
- (45) Centers for Disease Control and Prevention CDC clear communication index (2013) Available from <http://www.cdc.gov/healthcommunication/ClearCommunicationIndex/>
- (46) Groenvald B, Melles M, Vehmeijer S, Mathijssen N, Dekkers T, Goossens R. Developing digital applications for tailored communication in orthopaedics using a Research through Design approach. Digital health; Volume 5: 1–14; 2019

VII. Annexes

Annexe 1 : Explication des quatre phases de l'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique se compose de 4 phases.

1) Diagnostic éducatif

Cette étape est une discussion entre les soignants et le patient pour répondre à 6 questions (5) :

- 1) Ce qu'il a (pathologie, comorbidités, traitement...)
- 2) Ce qu'il fait (situation familiale, sociale, professionnelle, loisirs...)
- 3) Ce qu'il sait (connaissance sur sa maladie, traitement, système de soin, aides...)
- 4) Ce qu'il croit (religion, médecine, traitement...)
- 5) Ce qu'il ressent (étape d'acceptation (deuil, colère...), stade de prochaska, ...)
- 6) Ce dont il a envie (en termes de soin, dans sa vie...)

Cette discussion n'est ni exhaustive, ni unique car on évalue le patient à un moment donné et cela mérite généralement d'être répété.

L'objectif de cette discussion est de réaliser une synthèse des connaissances et compétences à acquérir par le patient afin qu'il puisse répondre à ses besoins et envies en termes de santé et de vie. Il en ressortira un programme personnalisé d'éducation qui se compose d'objectifs pédagogiques, auxquels seront attribuées des priorités.

Cette étape se fait en partenariat avec le patient. On peut donc parler davantage de "bilan éducatif partagé" comme le décrit très bien B. Sandrine-Berthon (6).

Il est bon de réaliser une synthèse du bilan éducatif qui comporte 4 grands chapitres : Problématique, ressources du patient, difficultés du patient et projet de vie (5).

2) Etablir un projet éducatif

Il s'agit de déterminer avec le patient des objectifs pédagogiques qui lui seront nécessaires afin qu'il puisse s'approprier sa pathologie et éviter ses principales difficultés tout en conservant une qualité de vie optimale. Conjointement avec le patient, on établit des objectifs auxquels on attribue des priorités et on construit un "contrat éducatif".

Les objectifs doivent être mesurables, progressifs, réalistes et acceptables. Ce sont des compétences qui permettent au patient de répondre à des besoins de savoir, pouvoir et vouloir. On peut identifier 2 grandes catégories que sont les compétences d'autosoins ("actions médicales" que le patient met en œuvre pour contrôler sa maladie, symptômes..., l'autosurveillance, automesure...) et d'adaptations (émotionnelle, cognitive, réaction situationnelle, relationnelle...). Le projet de vie du patient est très important pour l'élaboration de ce projet éducatif personnalisé. Parfois il peut y avoir une discordance avec le projet thérapeutique des soignants. Il est donc important de pouvoir bien discuter avec le patient pour arriver à une conciliation qui est dans son intérêt.

3) Choisir et mettre en œuvre les activités éducatives

Ces activités éducatives vont permettre d'acquérir 3 types de savoir. Le "savoir", c'est-à-dire la connaissance du fonctionnement de sa maladie, du traitement... Le "savoir-faire", c'est à dire les gestes techniques (ex : injection d'insuline), l'adaptation en fonction des situations (ex : correction de glycémie...). Le "savoir-être", gestion émotionnelle, développer sa motivation, expression diverse (attentes, ressenti, craintes...).

Notons que ces programmes personnalisés peuvent être réalisés individuellement mais aussi en groupe et que les méthodes actives et participatives sont souvent plus bénéfiques.

4) Évaluation des compétences acquises

Cette dernière phase a pour but de valoriser le chemin parcouru par le patient et ses acquisitions. Il ne s'agit pas de "noter" le patient. Il serait contre-productif que le patient se sente "jugé" sur ses progrès ou non. L'évaluation peut se faire tout du long du programme d'éducation thérapeutique mais il est bon de déterminer avec le patient un moment pour faire une évaluation plus complète à la fin du programme.

Plusieurs aspects seront évalués.

- Bioclinique

Ils concernent les paramètres importants de la pathologie du patient, l'apparition de complication, l'adhésion et la gestion des traitements.

Ces éléments peuvent être évalués avec une EVA (échelle visuelle analogique) ou une échelle de Likert.

- Pédagogique

Acquisition de connaissances et compétences en fonction des objectifs fixés au préalable avec le patient. De même, il est évalué les techniques et supports pédagogiques utilisés.

Ces éléments peuvent être évalués avec une EVA ou une échelle de Likert.

- Psychosocial

On évalue la gestion émotionnelle et psychique de sa maladie, les modifications dans le vécu du patient et dans sa vie.

De nombreux outils existent pour évaluer différents aspects psychosociaux (analyse d'incidents, questionnaire de qualité de vie, évaluation de la précarité sociale avec des échelles comme EPICES (Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'examen de santé), évaluation de l'anxiété et dépression avec l'échelle HAD...)

Annexe 2 : Résumé des avancées de l'ETP dans le monde.

Années 1940	Premiers programmes d'éducation thérapeutique apparurent aux États unis (7)(8) pour deux maladies : le diabète et la tuberculose. En effet, ces pathologies compliquées nécessitent de donner des explications dues à leurs traitements complexes.
1ère moitié du 20ème siècle	ce sont les infirmières qui assurèrent l'essentiel de l'éducation
1970	l'éducation du patient fut spécifiée comme un élément indispensable des soins infirmiers (9).
1972	L. Miller démontre que les patients diabétiques provenant de milieux défavorisés de Los Angeles bénéficient d'un transfert de compétence de la part des soignants (9).
1975	Pr J.-P. Assal, diabétologue de Genève, crée une unité de traitement et d'enseignement du diabète. De plus, il considère le vécu et donc l'expérience du patient comme une source d'apprentissage pour l'équipe soignante (10).
1986	l'OMS établissait les principes de la promotion de la santé et redéfinissait la santé comme suit : "la santé se définit par la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non plus comme un but de la vie" (2).

Tableau 9. Résumé des avancées de l'ETP dans le monde.

Annexe 3 : Résumé des avancées de l'ETP en France

2002	La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé met le patient au centre des dispositifs de soins (11).
2004	Les lois relatives à la santé publique et l'assurance maladie insistent sur l'importance de modifier les comportements à risque, sur une politique de prévention et sur la nécessité d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques (12).
2007	Publication du "plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques" (13). Cette même année, la HAS publie un guide méthodologique pour la structuration des programmes d'ETP (14).
2009	Publication de la HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) (15).
2010	Décret et application relatif à la mise en place de ces programmes d'éducation thérapeutique (16).
2011	L'INPES publie trois documents (17)(18) : <ul style="list-style-type: none"> - Référentiel des compétences en ETP pour les praticiens - La coordination des programmes d'ETP - Pilotage et promotion, des politiques et des programmes d'ETP.
2012	Recommandations sur l'auto-évaluation annuelle des programmes (20).
2013	Décret du 31 mai qui établit les compétences requises pour pratiquer l'ETP (19).
2014	recommandations sur l'évaluation quadriennale (21)

Tableau 10. Résumé des avancées de l'ETP en France

Annexe 4 : Critère d'inclusion et d'exclusion

Critère d'inclusion	Critère d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> - Contient le terme : éducation thérapeutique - Contient le terme : vidéo - Créée entre les années 2000 et avril 2022 - Langue : Français et Anglais 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne parle pas d'éducation thérapeutique - Utilise un système multimédia autre que les vidéos - Réalisée avant 2000 ou après avril 2022 - Texte qui n'est pas en français ou en anglais - Ne parle pas de critères de qualité d'évaluation de vidéo d'éducation thérapeutique

Tableau 11. Critères d'inclusion et d'exclusion des articles de la revue narrative de la littérature

Annexe 5 : Stratégie de recherche

J'ai établi une équation de recherche pour chaque base de données avec les mots clefs adéquats. Les termes MeSH ont été utilisés pour PubMed, puis adaptés pour chacune des bases de données. Je me suis aussi servi du Cismef pour trouver les mots clefs les plus pertinents. Les données ont été extraites en Avril 2022 (Annexe 4).

Base de Donnée	Equation de recherche	Filtres	Nombre d'articles
Cochrane	((patient education) OR (education of patients) OR (therapeutic education)) AND ((audiovisual aids) OR (educational video)) AND (("guidelines") OR ("recommendations"))	langue : français et anglais années : 2000-2022	545
Embase	('patient education':ti OR 'therapeutic patient education':ti OR 'health education':ti OR 'education program':ti) AND ('audiovisual equipment':ti OR audiovisual:ti OR videorecording:ti)	langue : français et anglais années : 2000-2022	12
Google scholar francais	allintitle: vidéo "éducation thérapeutique" OR "éducation du patient" OR recommandation OR référentiel OR protocole allintitle: éducation thérapeutique vidéo OR recommandation OR référentiel OR protocole allintitle: "éducation du patient" vidéo OR recommandation OR référentiel OR protocole allintitle: protocole "éducation thérapeutique" OR "éducation du patient" OR "vidéo" allintitle: référentiel "éducation thérapeutique" OR "éducation du patient" OR "vidéo"	langue : français et anglais années : 2000-2022	42
Google scholar Anglais	("therapeutic patient education" OR "patient education as topic") AND ("video*" OR "audiovisual") AND ("guideline*" OR "recommendation*")	langue : français et anglais années : 2000-2022	444
Pubmed	("therapeutic patient education" OR "TPE" OR "patient education") AND ("audiovisual" OR "video*" OR "educational video*") AND ("guideline*" OR "handbook*" OR "recommendation*")	langue : français et anglais années : 2000-2022	264
Sudoc	(éducation thérapeutique OU éducation du patient) ET (vidéo OU audiovisuel)	aucun	99

Tableau 12. Équations de recherche par moteur de recherche.

Annexe 6 : Processus de sélection

Sélection initiale	Retrait des doublons, ensuite lecture des titres, puis des résumés des articles.
Éligibilité	Récupération des articles retenus suite à la première étape, puis lecture des articles en entier.
Inclusion	Articles retenus si pertinents et répondant aux critères d'inclusion préalablement définis.

Tableau 13. Résumé du processus de sélection pour la revue narrative.

Annexe 7 : Synthèse des résultats de la revue narrative : Diagramme de flux

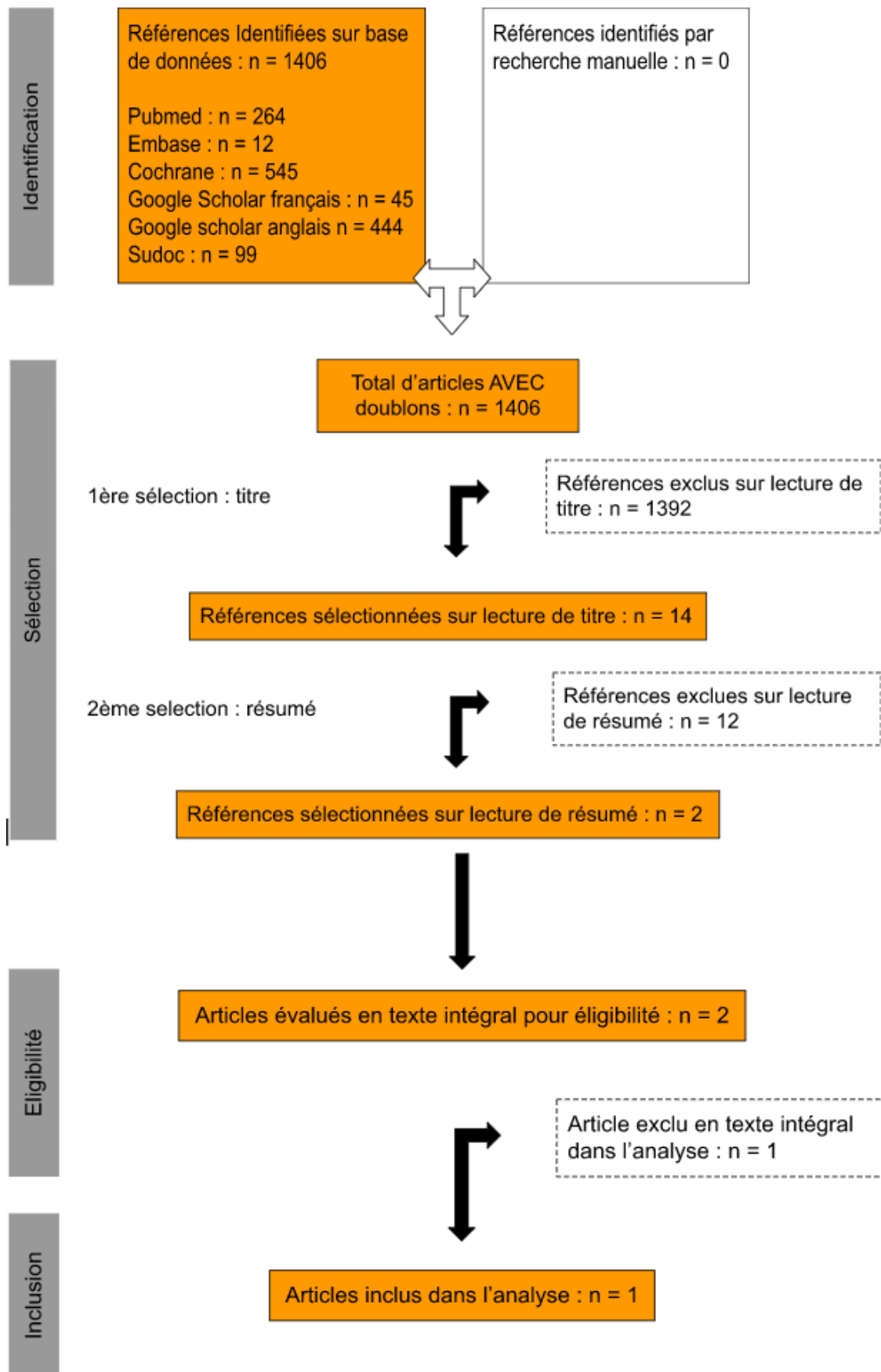


Figure 1. Diagramme de Flux

Annexe 8 : Critères de qualité d'un support audiovisuel selon le PEMAT

Items	Compréhensibilité	Actionnabilité
1	Le titre, le narrateur ou le premier texte rend évident ce dont la vidéo va parler.	Identifie au moins une action que le patient peut entreprendre.
2	Utiliser un langage de tous les jours. Pas de jargon médical. Si utilisation d'acronymes : description au moins une fois	La vidéo s'adresse directement au patient.
3	Les termes médicaux utilisés ne sont utilisés que pour familiariser les patients avec. Quand ils sont utilisés, ils sont expliqués. Pas d'explications longues et compliquées à comprendre ou d'hyperliens.	Découpe toutes les actions à faire en des étapes explicites et faisables.
4	Utilisé une « voix active » et non « passive ». Ex : prenez ce médicament avec un grand verre d'eau et non pas : ce médicament devra être pris avec un grand verre d'eau.	Explique comment utiliser les tableaux, chartes...etc pour entreprendre des actions.
5	La vidéo découpe l'information en petits bouts plus facile à digérer et assimiler. Un matériel très court est défini comme une vidéo de moins d'une minute ou 6 ou moins diapo ou screenshots.	
6	Les différentes sections de la vidéo ou un titre ou introduction claire.	
7	Les différentes sections ont une séquence logique.	
8	Avoir un sommaire des différentes parties ou faire un récap à la fin de la vidéo.	
9	Utilisation d'éléments d'orientation visuels pour souligner les informations importantes (mais n'en utilise pas trop). Si vidéo pure : ne pas noter.	
10	Le texte sur l'écran est facile à lire.	
11	On entend clairement tout ce qui est dit.	
12	Utilisations d'illustrations et photos faciles à voir.	
13	Utilisation de tableaux faciles à lire et à interpréter.	

Tableau 14. Critères de qualité d'un support audiovisuel selon le PEMAT

Annexe 9 : Premier ensemble de critères de qualité avec leur source

Critère de qualité
La vidéo doit respecter les recommandations de bonne pratique de l'ETP du patient.
la vidéo doit permettre l'acquisition de compétences d'auto soin, d'adaptation et/ou d'objectifs de savoir (savoir/savoir-faire/savoir-être).
Le titre, le narrateur ou le premier texte rend évident ce dont la vidéo va parler. (34)
Utiliser un langage de tous les jours. Pas de jargon médical. Si utilisation d'acronymes : description au moins une fois. (34)(37)
Les termes médicaux utilisés ne sont utilisés que pour familiariser les patients avec. Quand ils sont utilisés, ils sont expliqués. Pas d'explications longues et compliquées à comprendre ou d'hyperliens. (34)
Utiliser une « voix active » et non « passive » . Ex : prenez ce médicament avec un grand verre d'eau et non pas : ce médicament devra être pris avec un grand verre d'eau. L'idée n'est pas d'être dans l'impératif mais d'inviter le patient à être acteur et de ne pas "subir" les actions. (34)
La vidéo découpe l'information en petits bouts plus facile à digérer et assimiler. (34)
Une vidéo doit durer environ 3 minutes.
Les différentes sections de la vidéo ont un titre ou introduction claire (mise en contexte).(34)(37)
Les différentes sections ont une séquence logique. (34)
Il doit y avoir un sommaire des différentes parties.(34)
Faire un très court récapitulatif à la fin de la vidéo sous le format "take home message". (34)
Utilisation d'iconographie pour souligner les éléments importants. Ex : un rond ou Fleche rouge pour attirer le regard sur un point précis. (34)
Du texte peut être utilisé dans dans les vidéos mais ce dernier doit avoir un police, couleur, taille... qui le rendent facilement lisible. (34)
Il doit exister des sous titres de ce que raconte le ou les interlocuteurs.
Les sous-titres sur l'écran doivent être faciles à lire.
On entend clairement tout ce qui est dit (articulation, volume, fond sonore). (34)
La voix ne doit pas être monotone pour ne pas perdre l'attention du patient.
Utilisations d'illustrations et photos faciles à voir. Il faut privilégier des formats simples. (34)

ex : pour une illustration choisir un composé uniquement de traits simples et de couleur unique, plutôt qu'une illustrations riche en détails et de couleurs multiples.

Utilisation de tableaux faciles à lire et à interpréter (34). Quel que soit le niveau socioculturel.
Identifie au moins un objectif éducatif que le patient peut entreprendre. (34)
La vidéo s'adresse directement au patient. (34)
Découpe toutes les actions à faire en des séquences explicites, faisables et évaluables de façon isolée. (34)
Expliquer clairement l'utilisation des outils (tableaux, chartes...) dont l'utilisation est présentée dans la vidéo. (34)
Doit figurer dans la vidéo au moins un des soignants qui intervient dans le parcours du patient. (35)
La vidéo est visuellement accueillante. (Des intervenants souriants, une coloration chaude...).(37)
Les habits du praticien ne doivent pas distraire le regard du patient.
Le fond doit être uniforme et non complexe. (37)
Utilisation d'information validée scientifiquement. (39)(41)
Inclure des patients dans la conception de la vidéo.(36)(38)(39)(40)(44)
Inclure des patients dans la validation de la vidéo.
Déterminer une population cible de la vidéo. (43)
La majorité de la vidéo est consacrée à donner des outils au patient pour la mise en œuvre de modification comportemental orientée à la prise en charge de sa maladie.(37)
Pour renforcer la mémoire de long terme un format interrogatif est utilisé au début de chaque séquence pour impliquer davantage le patient. (37) Ex : "dans cette situation, que feriez vous ?" puis donner l'explication.

Tableau 15. Premier ensemble de critères de qualité avec leur source.

Annexe 10 : Résumé des méthodes de consensus hors méthode de delphi.

Méthod de Consensus	Description
La technique de groupe nominale	Cette technique a été développée par A. Delbecq et A. H. Van de Ven(45) dans la fin des années 1960. Son but est de produire et classer par ordre de priorité une liste d'idées, d'opinions, de solutions sur un sujet donné, afin de faciliter la prise de décision. Elle permet une prise de décision rapide. L'avantage par rapport à un « brainstorming » classique est qu'elle peut facilement s'appliquer à un groupe constitué d'un nombre élevé de personnes, et évite la monopolisation du débat par un individu ou un sous – groupe d'individus. Par ailleurs, contrairement à un vote classique, cette méthode prend en compte toutes les propositions, et pas seulement celle qui est majoritaire.
La conférence de consensus	La première conférence de consensus, organisée par la NIH en 1977, avait trait aux pratiques concernant le dépistage du cancer du sein. Cette méthode a été ensuite décrite en France en 1990 par l'ANDEM (agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, ANAES depuis 1997), dans un guide à destination des professionnels. Elle consiste en la rédaction de recommandations par un jury, après une présentation publique de rapports d'experts faisant la synthèse des connaissances sur un sujet donné (46).
RAND/UCLA	La méthode de consensus formalisée préconisée par la HAS en 2010 en est dérivée. Elle comprend des éléments de la méthode de Delphi et du groupe nominal. Elle permet d'évaluer la nécessité de réaliser un acte médical ou chirurgical (47).

Tableau 16. Résumé des méthodes de consensus hors méthode de delphi.

Annexe 11 : Mail de recrutement.

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse, je recrute des experts pour m'aider à élaborer un protocole pour l'élaboration d'une vidéo d'éducation thérapeutique de qualité en soins premier.

J'ai pensé à vous pour faire partie de ce groupe d'experts.

Je réalise ce travail **sous la direction du Dr Florian Savignac**.

Le titre de ma thèse est : « **Quels sont les critères de qualité dans l'élaboration d'une vidéo d'éducation thérapeutique du patient en soin premier** ».

L'objectif principal de mon travail est de **valider des critères qui permettront de créer des vidéos d'éducation thérapeutique de qualité en soin premier**.

Pour créer ce score, j'ai besoin de l'avis d'un groupe d'experts, parmi lesquels j'espère vous compter. En effet, je vais utiliser pour cela une méthode de consensus dite « **Ronde de Delphi** » (je joins à ce mail un document rappelant le fonctionnement de la méthode de consensus type Ronde de Delphi).

Préalablement à ce travail, j'ai réalisé une revue narrative de la littérature, qui m'a permis de constater qu'il n'existe pas encore de protocole spécifique pour l'élaboration d'une vidéo d'éducation thérapeutique. J'ai toutefois trouvé des outils (comme le PEMAT) qui permettent, dans une certaine mesure, d'évaluer la qualité d'une vidéo et sur lesquels nous pourrions nous appuyer dans notre travail.

Si vous me faites le plaisir de participer en tant qu'expert, votre rôle consistera dans un premier temps, à définir parmi une liste de « critères de qualité » lesquels il est pertinent d'inclure dans ce protocole.

Et dans un deuxième temps, je vous demanderai de pondérer les items de ce score.

Cela se fera par réponse à des questionnaires, qui vous seront envoyés par mail. Nous pouvons estimer qu'il y aura un à deux échanges de mail par étape. Ce qui fait pour vous, une réponse nécessaire à 2 à 4 questionnaires en tout.

Parmi la liste d'experts, réalisée avec l'aide de mon directeur de thèse, on retrouve :

- **Des médecins généralistes formés à l'ETP (qui ont au moins validé les 40h d'ETP)**
- **Des infirmières ASALEE et IPA.**
- **Des internes formés à l'ETP (qui ont au moins validé les 40h d'ETP)**
- **Des professeures d'APA.**
- **Diététicienne.**
- **Des médecins spécialistes qui pratiquent l'ETP au quotidien (notamment dans la clinique Bondigoux).**
- **Des patients formés à l'ETP.**

Dans l'idée, grâce à ce travail, nous pourrions **donner une référence aux professionnels de santé** qui pourront s'en servir pour **créer des vidéos d'éducation thérapeutique de qualité à diffuser à leurs patients** (par exemple en salle d'attente).

Si vous êtes d'accord pour vous joindre au groupe d'experts qui m'aidera dans la création de ce score, je vous remercie de me le faire savoir par mail.

Je vous indiquerai alors les prochaines étapes à suivre.

Si vous avez besoin de plus de précisions avant de vous engager, je me tiens disponible pour répondre à toute question par mail ou téléphone.

Dans l'attente de votre retour, je vous souhaite une belle journée !

Antoine Trouche (interne en médecine générale). Tél : 06 73 52 87 05.

Annexe 12 : Caractéristiques des experts participant à l'étude.

Code expert	Sexe	Âge	Activité
MG(1)	H	< 40 ans	Libéral
MG(2)	H	< 40 ans	libéral
MG(3)	F	> 40 ans	Libéral
MG(4)	F	> 40 ans	Libéral
MG(5)	F	< 40 ans	Libéral
MG(6)	H	< 40 ans	Libéral
MG(7)	F	> 40 ans	Libéral
MG(8)	F	> 40 ans	Libéral
MG(9)	F	< 40 ans	Libéral
INT(1)	H	< 40 ans	Salarié
INT(2)	F	< 40 ans	Salarié
INT(3)	H	< 40 ans	Salarié
IDE(1)	F	< 40 ans	Salarié
IDE(2)	F	> 40 ans	Salarié
IDE(3)	F	< 40 ans	Salarié
CS(1)	H	< 40 ans	Libéral
APA(1)	F	< 40 ans	Libéral
OP(1)	F	> 40 ans	Libéral
DIET(1)	F	< 40 ans	Libéral
DIET(2)	F	< 40 ans	Libéral
PMC(1)	F	> 40 ans	Libéral

Tableau 17. Caractéristiques des experts participant à l'étude.

Annexe 13 : Première ronde : commentaires des experts.

Critère de qualité	Commentaires
La vidéo doit respecter les recommandations de bonne pratique de l'ETP du patient.	"Je dirais plutôt sur le plan de la pédagogie que sur le plan de l'etp en général"
la vidéo doit permettre l'acquisition de compétences d'auto soin, d'adaptation et/ou d'objectifs de savoir (savoir/savoir-faire/savoir-être).	"Si celle-ci doit permettre l'acquisition, il faut donc une évaluation des acquis pour s'en assurer" "La vidéo doit être un support d'acquisition de compétences ou de changements d'habitudes de vie. Elle vient en plus." "Oui !"
Le titre, le narrateur ou le premier texte rend évident ce dont la vidéo va parler.	"importance d'un titre clair, lisible et facilement compréhensible pour le patient" "Oui que ce soit évident pour le titre. Le narrateur ou le premier texte je pense que c'est moins important"
Utiliser un langage de tous les jours. Pas de jargon médical. Si utilisation d'acronymes : description au moins une fois.	"Il y a quelques termes médicaux qu'il peut important de connaître" "Effectivement, point essentiel selon moi ! les termes doivent être simples, il s'agit de démocratiser des connaissances médicales afin que le patient se les approprie !!!" "Selon moi, le jargon médical peut être employé s'il est expliqué car cela permet quand même aux patient.e.s de se familiariser avec un vocabulaire qu'ils pourront entendre ou lire lors de leur prise en soin" "je pense important qu'il faille le moins d'acronyme possible" "Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, possibilité d'utiliser un langage médical pour familiariser le patient à sa pathologie" "Pas d'acronymes"
Utiliser une « voix active » et non « passive » . Ex : prenez ce médicament avec un grand verre d'eau et non pas : ce médicament devra être pris avec un grand verre d'eau. L'idée n'est pas d'être dans l'impératif mais d'inviter le patient à être acteur et de ne pas subir" les actions.	"Ok pour la voix active mais L'exemple n'est pas pertinent à mon goût car dans l' exemple on impose au patient un type d'action alors qu'il est parfois utile d'expliquer pourquoi il faut le prendre avec un grand verre d'eau. J' ai peut être tort mais je trouve la 2eme phrase de l'exemple moins intrusive" "Pour moi ces deux phrases sont un peu sur le même mode de communication. Il me paraît intéressant d'utiliser l'assertivité pour amener les patients à être autonome. Par exemple : dire "Pour une meilleure efficacité du médicament, nous vous conseillons de prendre le médicament avec un grand verre d'eau" ou "Voici la façon dont nous vous proposons de prendre le médicament, pour une meilleure efficacité"." "Bien qu'elle implique en effet la personne, la forme active peut être perçue comme injonctive (en tous cas dans l'exemple donné). Je me demande si une phrase du type: "Nous vous recommandons de prendre ce médicament avec un grand verre d'eau" serait plus appropriée ?"
La vidéo découpe l'information en petits bouts plus facile à digérer et assimiler.	"OUI si il s'agit de vidéos types qu'on propose de voir aux patients en fonction du niveau d'ETP qu'ils ont, et par exemple avant des consultations données pour avoir un point précis à travailler lors de celle - ci.

	<p>NON si il s'agit de vidéos dans la salle d'attente, destinées au plus grand nombre, pour moi il faudra que le contenu puisse se trouver dans une seule vidéo (mais d'ailleurs dans ce cas précis, c'est peut-être plutôt une utilisation pour de l'éducation à la santé)."</p> <p>"C'est à adapter à l'information à faire passer. Si cette vidéo vient en complément d'une séance en présentiel, elle reprendra les grandes idées développées, je ne trouve pas forcément pertinent de la "découper en petits bouts"."</p> <p>"probablement plus facile en plusieurs petites vidéos qu'en grande vidéos trop longues qui ne seront pas forcément regardés jusqu'au bout"</p>
Une vidéo doit durer environ 3 minutes.	<p>"Si on parle de savoir être, je pense que plus long n'est pas choquant"</p> <p>"Effectivement, durée pas trop longue pour ne pas perdre le patient dans des explications complexes, et pas trop courte pour être assez précise."</p> <p>"Cela peut dépendre du sujet à traiter mais je suis très favorable à une vidéo de format court pour qu'elle soit regardée en entier par le plus grand nombre (< 10 min me paraît acceptable)"</p> <p>"Tout dépend de l'objectif, de l'intention et de la manière dont on va se servir de la vidéo."</p> <p>"Maximum 5 min. 3 min en moyenne c'est très bien"</p>
Les différentes sections ont une séquence logique.	<p>"Cela dépend ce qui est entendu par séquence logique mais ça me paraît évident"</p> <p>"avec un ordre bien établi dans leur titre pour pouvoir les lire dans le bon ordre"</p> <p>"Critère peu important. Les objectifs de la vidéo peuvent être variés, sans lien logique. Il restera toujours le lien de l'objectif d'éducation thérapeutique pour le patient"</p>
Il doit y avoir un sommaire des différentes parties.	<p>"Pas systématiquement, selon le sujet de la vidéo. Si sujet très spécifique et durée de vidéo 3 minutes, on risque de perdre du temps à présenter le sommaire."</p>
Faire un très court récapitulatif à la fin de la vidéo sous le format "take home message".	<p>"les idées clefs avec lesquelles le patient repart"</p> <p>"Indispensable !"</p> <p>"Pourra-t-on éviter une forme d'interaction ou de lien avec un soignant en terminant la vidéo par une question posée au patient pour qu'il puisse y répondre en interaction avec un soignant du type et moi que vais-je changer dans mon quotidien pour améliorer mon diabète"</p>
Utilisation d'iconographie pour souligner les éléments importants. Ex : un rond ou flèche rouge pour attirer le regard sur un point précis.	<p>"Laisser la possibilité d'en utiliser ou non"</p>
Du texte peut être utilisé dans les vidéos mais ce dernier doit avoir un police, couleur, taille... qui le rendent facilement lisible.	<p>"Pour moi le texte doit rester limité, sinon faire un powerpoint. Le limiter à l'essentiel !"</p> <p>"et ne pas surcharger la vidéo en texte"</p> <p>"Pourquoi pas standardiser les textes ajoutés à la vidéo en terme de taille et police"</p> <p>"attention, si trop de texte le patient risque de lire et de ne plus écouter le speech"</p>

	<p>“attention à la double source d'information sensorielle avec risque de perte d'info”</p>
<p>Il doit exister des sous titres de ce que raconte le ou les interlocuteurs.</p>	<p>“oui bonne idée pour les personnes malentendantes !!!! (et aussi pour aider à se concentrer parfois).” “Oui pour être inclusif.ve avec toutes les populations notamment en situation de handicap auditif.” “après ça peut être compliqué si il y a et des sous titres et du texte sur la vidéo” “Laisser la possibilité d'ajouter les sous titres ou de les enlever si nécessaire” “L'accès aux personnes en situation de handicap doit être pris en compte : sous-titres, voire possibilité de choisir un sous-titre en FALC (voir point suivant)”</p>
<p>Les sous-titres sur l'écran doivent être faciles à lire.</p>	<p>“Pour rester dans l'inclusivité surtout s'il existe aussi un handicap visuel !” “Qu'entends tu par facile à lire ?” “FALC (Facile à Lire et à Comprendre) à envisager ? Sous forme d'infographie-résumé ou en option de sous-titrage ?”</p>
<p>On entend clairement tout ce qui est dit (articulation, volume, fond sonore).</p>	<p>“Tout dépend où sont ces vidéos , si c'est dans une salle d'attente : le son n'est pas pertinent car envahissant pour les gens qui ne veulent pas écouter et se questionne l'idée du savoir attendre pour des enfants qui ont souvent des écrans . Les enfants à côté d'écrans n'arrivent plus à faire les mêmes actions car distrait par l'écran. Tout le monde n'a pas envie d'avoir l'accès à ce type d'information hors par le son il y a pour moi une sorte d'obligation à avoir l' information alors qu'en visuel on peut s' autoriser à ne pas regarder. (mais du coup c' est discriminant pour ceux qui n' y voient pas. Je trouve compliqué le côté écran permanent partout mais intéressant à la fois.”</p>
<p>Utilisation d'illustrations et photos faciles à voir. Il faut privilégier des formats simples. ex : pour une illustration, en choisir une composée uniquement de traits simples et de couleur unique, plutôt qu'une illustrations riche en détails et de couleurs multiples.</p>	<p>“Complexité du message délivré et de sa forme en fonction du public concerné”</p>

<p>Utilisation de tableaux faciles à lire et à interpréter. Quel que soit le niveau socioculturel.</p>	<p>“Pas sûre pour les tableaux... ?” “Oui! Pour toucher un maximum de monde”</p>
<p>Identifie au moins un objectif éducatif que le patient peut entreprendre.</p>	<p>“L'inconvénient des vidéos tout public c' est que les objectifs ne sont pas forcément personnalisés au patient. Chaque patient a des objectifs différents. Par contre, expliquer pourquoi on doit prendre avec un grand verre d'eau peut permettre au personne de comprendre et d'accepter de le faire car comprene la raison.” “Que le patient reparte avec des points clefs à travailler et qui l'aident réellement au quotidien ! Du concret !!!”</p>

<p>La majorité de la vidéo est consacrée à donner des outils au patient pour la mise en œuvre de modifications comportementales orientée à la prise en charge de sa maladie.</p>	<p>“du concret !!! pas que du bla bla !!! de l'aide concrète pour la vie quotidienne du patient ! Les avancées en neurosciences le montrent !! il faut appliquer ses connaissances dans le réel pour les ancrer !!!”</p> <p>“Ca peut dépendre de ce qui est entendu par "outils" mais on inclut outils de compréhension, communication, suivi, prise de thérapeutique... en gros si la définition d'outils est très large et permettent l'acquisition de diverses compétences alors ça me convient”</p> <p>“Donner des outils ne suffit pas, il est nécessaire de donner avant tout de l'information, que le patient identifie de quoi il a besoin, pour qu'il puisse trouver lui-même les outils dans ceux qu'on pourra lui proposer.”</p> <p>“Pas seulement des outils la difficulté de la réalisation d'une telle vidéo dans le cadre de l'éducation thérapeutique et justement de se rapprocher de ce qu'est l'éducation thérapeutique à savoir l'aide à la réflexion pour le changement de comportement visant à réduire un risque”</p>
<p>Pour renforcer la mémoire de long terme un format interrogatif est utilisé au début de chaque séquence pour impliquer davantage le patient. Ex : “dans cette situation, que feriez vous ?” puis donner l'explication.</p>	<p>“Le mieux serait même que ce soit vraiment interactif dans ce cas !! cad que selon la réponse du patient, la suite de la vidéo n'est peut être pas la même. Vidéo adaptée aux connaissances du patient. (selon réponse A, B, C etc). Par exemple : selon vous, l'obésité est due à A- alimentation hypercalorique B- un manque d'activité physique C- un mal être psychologique D- les 3 ? => si A ou B ou C : insister sur le fait que cette pathologie est multifactorielle ++++ avant d'aller plus loin / si D : confirmer cela et aller plus loin.”</p> <p>“On pourrait peut-être plutôt lui demander dans cette situation de quoi auriez-vous besoin ? Il est important en ETP, de toujours partir des besoins du patient, évaluer ses compétences: "que feriez-vous?" peut le mettre dans une posture d'évaluation qui n'est pas très confortable pour lui. Pour renforcer la mémoire à long terme, il faut évaluer la compréhension, ensuite il est important d'utiliser les différents canaux d'apprentissage: visuel, sensoriel et kinesthésiques. Ce n'est pas toujours facile en vidéo....”</p>
<p>Commentaires supplémentaires :</p>	<p>“Petit quiz de fin pour que le patient puisse s'évaluer et voir ce qu'il a retenu ?”</p> <p>“Vidéo mise à jour régulièrement +++ attractivité +++ pour attirer l'attention !!! et interactivité donc plus sur un ordi ou un smartphone avec des questions réponse en début ou fin que sur TV de manière passive. Pour moi TV = pour l'éducation à la santé, moins personnalisée, plus générale.”</p> <p>“Sa capacité à mettre le patient dans une posture réflexive et non d'écouter des "bons" conseils.”</p> <p>“ca me paraît très complet”</p> <p>“Résumé en FALC / infographie simplifiée, Résumé imprimable ou sauvegardable en fichier simple (PDF, image...) pour en permettre une consultation aisée (cf comme sur le site https://deux-minutes-pour.org/).”</p> <p>“1. Recueillir les besoins et attentes des patients (type "boîte à idées: de quoi voulez vous qu'on parle dans nos vidéos") 2. Donner des repères aux patients sur ce qu'ils peuvent gérer seuls, et les situations dans lesquelles le recours à un</p>

	avis médical s'impose => leur donner un cadre, ce qui pourra les rassurer aussi"
--	--

Tableau 18. Première ronde : commentaires des experts.

Annexe 14 : Deuxième ronde : commentaires des experts.

Critère de qualité	Commentaires
La vidéo doit respecter les recommandations de bonne pratique de l'ETP du patient.	"Difficile de répondre autre chose, la tournure est un peu biaisée." "à adapter malgré tout car le média étant différent, le message doit être adapté"
la vidéo doit permettre l'acquisition de compétences d'auto soin, d'adaptation et/ou d'objectifs de savoir (savoir/savoir-faire/savoir-être).	"Difficile de répondre autre chose, la tournure est un peu biaisée. difficile d'en vérifier l'acquisition" "La vidéo donne des informations, ce sont les professionnels de santé qui pourront permettre l'accompagnement au changement en faisant de l'ETP"
Le titre, le narrateur ou le premier texte rend évident ce dont la vidéo va parler.	"Oui en ce qui concerne le titre tout à fait pertinent, le narrateur ou le premier texte relativement pertinent"
Les termes médicaux utilisés ne sont utilisés que pour familiariser les patients avec. Quand ils sont utilisés, ils sont expliqués. Pas d'explications longues et compliquées à comprendre ou d'hyperliens. Utiliser un langage de tous les jours. Pas de jargon médical. Si utilisation d'acronymes : description au moins une fois.	"Peut-être afficher ces termes à l'écran avec leur courte définition en plus de la définition orale"
Utiliser un langage de tous les jours. Pas de jargon médical. Si utilisation d'acronymes : description au moins une fois.	"acronyme en sous-titre / incrustation vidéo"
Utiliser une « voix active » et non « passive ». Ex : Nous vous recommandons de prendre ce médicament avec un grand verre d'eau pour une meilleure tolérance plutôt que, ce	"A condition de ne pas allonger et alourdir" "Difficile de répondre autre chose, la tournure est un peu biaisée." "il faut quand même élaborer un discours qui débouche sur une participation active du patient au soin"

<p>médicament devrait être pris avec un grand verre d'eau pour une meilleure tolérance.</p> <p>L'idée n'est pas d'être dans l'impératif mais d'inviter le patient à être acteur et de ne pas "subir" les actions.</p>	
<p>La vidéo découpe l'information en petits bouts plus faciles à comprendre et assimiler.</p>	<p>Difficile de répondre autre chose, la tournure est un peu biaisée.</p>
<p>Une vidéo doit être la plus courte possible. 3-5 min en moyenne. L'idée est d'être clair sans pour autant perdre en précision (vidéo trop courte). Ne pas dépasser 10 minutes pour les plus longues.</p>	<p>"Je ne sais pas si fixer une durée maximale est intéressant. C'est le contenu qui compte : mieux vaut 15 minutes passionnantes que 5 minutes barbant. L'objectif est plutôt qualitatif que quantitatif.</p> <p>réduire le temps pour réduire le temps peut faire perdre en qualitatif"</p> <p>"Trop d'information dans cette question, avec une tournure biaisée : proposer des durées de vidéo aurait été plus pertinent."</p> <p>"10 min c'est peut être trop long .."</p> <p>"d'où la difficulté à élaborer le message qui doit faire acquérir des compétences pour que le patient soit le premier acteur de sa prise en soin"</p>
<p>Les différentes sections ont une séquence logique.</p>	<p>Les objectifs de la vidéo peuvent être variés sans forcément de lien logique.</p>
<p>Il est bon d'avoir un sommaire des différentes parties. Non obligatoire si vidéo très courte pour ne pas alourdir.</p>	<p>pour une vidéo de 2 à 5 mn, le sommaire n'est pas nécessaire</p>
<p>Faire un très court récapitulatif à la fin de la vidéo sous le format "take home message".</p>	<p>"take home message" avec possibilité d'enregistrer l'image / le pdf pour en garder une trace facile à retrouver."</p> <p>"Indispensable !"</p>
<p>Utilisation d'iconographie pour souligner les éléments importants. Ex : un rond ou Flèche rouge pour attirer le regard sur un point précis. Non obligatoire.</p>	<p>"Tout à fait pertinent si non obligatoire."</p>
<p>Il doit exister des sous titres de ce que disent le ou les interlocuteurs. Possibilité de les proposer en option.</p>	<p>"Je dirais oui pour les malentendants et en optionnel."</p> <p>"Je suis partagé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - multiplier les stimulations sensorielles n'est, pas forcément pertinent, - mais pour ceux qui ont une mémoire visuelle plutôt qu'auditive c'est intéressant." <p>"en optionnel est une bonne idée car pas toujours nécessaire car le risque est que le patient se focalise dessus. ou des sous titres qui reprennent juste les mots clés"</p> <p>"le côté optionnel est une bonne idée."</p> <p>"attention aux multiples médias en même temps. moins d'attention à chacun d'entre eux. des mots-clés" ?"</p> <p>"Plutôt en option"</p>

Les sous-titres sur l'écran doivent être faciles à lire.	"C'est tellement évident, est-il vraiment nécessaire de poser la question ?"
On entend clairement tout ce qui est dit (articulation, volume, fond sonore).	"C'est tellement évident, est-il vraiment nécessaire de poser la question ?"
Identifie au moins un objectif éducatif que le patient peut entreprendre.	"C'est -à -dire ? Je ne comprends pas bien le sens de cette question. Il s'agit de savoir si on doit clairement mettre dans la fin de la vidéo par exemple un objectif pour le patient ? Donné explicitement au patient ? Ou alors par exemple que la vidéo réponde à un objectif précis ; à une étape d'apprentissage pour le patient dans un programme d'ETP ? Par exemple, le patient diabétique doit dans la vidéo 1 : comprendre ce qu'est le diabète ; dans la vidéo 2 : comprendre quels en sont les traitements ; vidéo 3 etc ... ???"
La vidéo s'adresse directement au patient.	"On peut imaginer aussi des vidéos pour l'entourage pour savoir comment aider, réagir..." "question peu pertinente, qui reprend des éléments déjà évoqués dans les questions précédentes."
Découpe toutes les actions à faire en des séquences explicites, faisables et évaluables de façon isolée.	"Je ne comprends pas non plus le sens de cette question. Cad que le patient aurait comme des "devoirs" à faire ? Des objectifs à atteindre au terme de chaque vidéo ?" "difficile en si peu de temps"
Favoriser l'intervention dans la vidéo, d'au moins un des soignants qui intervient dans le parcours du patient.	"pertinent pour la vidéo, moins pour sa réalisation et le caractère universel d'une vidéo originelle" "ou alors que les soignants du patient aient connaissance du contenu que le patient aura visionné"
Recueillir les besoins et attentes des patients pour trouver des idées de thème et de contenu de vidéos. Non obligatoire.	"je ne comprends pas le sens de l'intitulé: la vidéo doit recueillir les besoins du patient?"
La majorité de la vidéo est consacrée à donner des outils au patient pour la mise en œuvre de modifications comportementales orientée à la prise en charge de sa maladie. Ces outils peuvent être de nature variée (compétence d'auto soins, compétence d'adaptation...).	"La vidéo peut aussi traiter d'informations relatives aux complications de la maladie, à la physiopathologie sans forcément donner des outils. La vidéo est un outil d'ETP. Son contenu dépend de l'objectif de la séquence" "tout dépend de l'objectif de la vidéo : comprendre, apprendre..."
Pour renforcer la mémoire de long terme, un format interrogatif est utilisé au début de chaque séquence pour impliquer davantage le patient et l'amener à réfléchir.	"Vu que ce n'est pas une vidéo interactive, et qu'elle est destinée à être vue par le patient seule je ne vois pas l'intérêt. Par contre si cette vidéo est un support d'ateliers d'ETP, alors pourquoi pas !" "laisser un lien pour amener le patient à exprimer ce que lui aurait fait si pas cité après dans la vidéo (apport des connaissances et expériences des patients)"

<p>Ex : "Dans cette situation, que feriez vous ?", "De quoi auriez vous besoin?" puis donner l'explication.</p>	<p>"pour renforcer la mémorisation* (pas la mémoire, on ne s'occupe pas de la compétence, mais de l'action de mise en mémoire). Idem pour la question suivante." "un maximum de questions ouvertes pour aider le patient à réfléchir et le faire entrer dans le processus de changement"</p>
<p>Dans l'objectif de renforcer la mémoire et de mettre le patient dans une posture réflexive; proposer en option, un quiz synthétique pour que le patient teste et mette en action ce qu'il a appris.</p>	<p>"Pour la question sur le quizz synthétique, ce serait pertinent si le patient peut avoir accès à un espace où les résultats à ces quizz sont gardés et où il peut suivre l'évolution de ses connaissances." " Pour mobiliser les connaissance et ouvrir la réflexivité, pourquoi ne pas utiliser le take home message pour en faire un questionnaire avant après ? Permettant à la fois de mobiliser avant les connaissances sur les éléments jugés les plus pertinents, d'évaluer la pertinence de la vidéo après (moyenne des différences avant après pour l'équipe), et de s'autoévaluer après." "Pour cette dernière question, concernant le court document synthétique, cela a déjà été évoqué précédemment ("take home message"), regrouper les deux questions à ce sujet serait logique."</p>
<p>Commentaires supplémentaires :</p>	<p>"De manière générale, je suis un peu embêtée par la tournure des questions qui ne peut amener qu'à des réponses positives, car évidentes (qui irait répondre qu'il n'est pas pertinent de s'assurer que les messages sont lisibles, qu'on s'appuie sur autre choses que des éléments validés scientifiquement... ?). Enfin l'ETP est plus vaste que proposer des éléments informatifs aux patients, aussi si cet outil vidéo est intéressant est doit évidemment être réfléchi, peut-on vraiment parler de "vidéo ETP" sans échange direct avec le patient ni personnalisation ? La vidéo est un support de communication, mais à moins de prévoir un stock d'une centaine de vidéos adaptables à chaque situation personnelle, cela ne me semble pas pertinent de parler de de vidéo d'ETP. (désolée pour ces commentaires négatifs, qui n'enlèvent rien à la valeur du travail entrepris)"</p>

Tableau 19. Deuxième ronde : commentaires des experts.

Guide pour l'élaboration d'une vidéo d'éducation thérapeutique en soin premier

Ce référentiel est composé de 38 éléments qui ont pour but de guider la création de vidéos d'éducation thérapeutique de qualité pour un projet de soins de premier recours.

Il est à destination de tous professionnels de santé formés à l'éducation thérapeutique des patients.

Toutefois, il est important de souligner que ces vidéos ne constituent pas à elles seules un programme d'éducation thérapeutique.

Elles doivent être intégrées dans un projet d'éducation thérapeutique avec une équipe de soignants compétents dans le domaine.

1. La vidéo doit respecter les recommandations de bonne pratique de l'ETP du patient.
2. Elle doit utiliser des informations validées scientifiquement.
3. Elle doit être la plus courte possible. 3-5 min en moyenne. L'idée est d'être clair sans pour autant perdre en précision (vidéo trop courte). Ne pas dépasser 10 minutes pour les plus longues.
4. La vidéo découpe l'information en petits bouts plus faciles à comprendre et assimiler.
5. Pour créer des vidéos au plus proches des besoins des patients, il est recommandé de recueillir à priori les besoins et attentes des patients en termes de thème et de contenu de vidéo. Non obligatoire.
6. Déterminer une population cible de la vidéo.
7. Inclure des patients dans la conception de la vidéo.
8. Inclure des patients dans la validation de la vidéo.
9. Favoriser l'intervention dans la vidéo, d'au moins un des soignants qui intervient dans le parcours du patient.
10. la vidéo doit permettre l'acquisition de compétences d'auto soin, d'adaptation et/ou d'objectifs de savoir (savoir/savoir-faire/savoir-être).
11. Les termes médicaux utilisés ne sont utilisés que pour familiariser les patients avec. Quand ils sont utilisés, ils sont expliqués. Pas d'explications longues et compliquées à comprendre ou d'hyperliens.
12. Utiliser un langage de tous les jours. Pas de jargon médical sauf si nécessaire. Si utilisation d'acronymes : description au moins une fois.

13. La vidéo s'adresse directement au patient.

14. Utiliser une « voix active » et non « passive » .

Ex : Nous vous recommandons de prendre ce médicament avec un grand verre d'eau pour une meilleure tolérance plutôt que, ce médicament devrait être pris avec un grand verre d'eau pour une meilleure tolérance.

L'idée n'est pas d'être dans l'impératif mais d'inviter le patient à être acteur et de ne pas "subir" les actions.

15. Le titre, le narrateur ou le premier texte rend évident ce dont la vidéo va parler.

16. Les différentes sections de la vidéo ont un titre ou introduction claire (mise en contexte).

17. Les différentes sections ont une séquence logique.

18. Il est bon d'avoir un sommaire des différentes parties. Non obligatoire si vidéo très courte pour ne pas alourdir.

19. Du texte peut être utilisé dans dans les vidéos mais ce dernier doit avoir un police, couleur, taille... qui le rendent facilement lisible. Il doit être réduit au strict minimum.

20. Il doit exister des sous titres de ce que disent le ou les interlocuteurs. Possibilité de les proposer en optionnel.

21. Les sous-titres sur l'écran doivent être faciles à lire.

22. On entend clairement tout ce qui est dit (articulation, volume, fond sonore).

23. La voix ne doit pas être monotone pour ne pas perdre l'attention du patient.

24. le patient est capable de clairement identifier au moins un objectif pédagogique qu'il est capable d'entreprendre.

25. La vidéo découpe tous les savoirs et compétences en séquences claires, faisables et qui permettront leur évaluation ultérieure de façon isolée par un professionnel de santé.

26. La vidéo est visuellement accueillante avec des intervenants souriants et une coloration chaude.

27. Les habits du praticien ne doivent pas distraire le regard du patient.

28. Le fond doit être uniforme et non complexe pour ne pas distraire le patient.

29. Expliquer clairement l'utilisation des outils (tableaux, chartes...) dont l'utilisation est présentée dans la vidéo

30. Utilisation d'icônes pour souligner les éléments importants, par exemple un cercle ou une flèche rouge pour attirer l'attention sur un point précis. Cette pratique n'est pas obligatoire.

31. Utilisation d'illustrations et de photos facilement visibles en privilégiant des formats simples.

Par exemple, pour une illustration, il est préférable de choisir une composition composée uniquement de traits simples et d'une couleur unique plutôt qu'une illustration riche en détails et en couleurs multiples.

32. Si des tableaux sont utilisés, ils doivent être faciles à lire et à interpréter, quel que soit le niveau socioculturel.

33. Il est recommandé de faire un bref récapitulatif à la fin de la vidéo sous la forme d'un "take home message".

34. La majorité de la vidéo est consacrée à donner des outils au patient pour la mise en œuvre de modifications comportementales orientées vers la prise en charge de sa maladie. Ces outils peuvent être de nature variée, tels que des compétences d'auto-soins ou d'adaptation.

35. Pour renforcer la mémorisation, un format interrogatif est utilisé au début de chaque séquence pour impliquer davantage le patient et l'amener à réfléchir.

Par exemple, "Dans cette situation, que feriez-vous ?" ou "De quoi auriez-vous besoin ?" suivi d'une explication.

36. Dans l'objectif de renforcer la mémorisation et de mettre le patient dans une posture réflexive, il est possible de proposer en option un quiz synthétique pour que le patient teste et mette en pratique ce qu'il a appris.

37. Il est recommandé d'associer à la vidéo un court document synthétique téléchargeable ou imprimable pour permettre au patient d'avoir un accès rapide aux informations essentielles s'il en a besoin.

38. Il est important de mettre à jour régulièrement la vidéo en fonction des avancées des connaissances médicales et pour continuer à la rendre attrayante.

Annexe 16 : Guide pour l'élaboration d'une vidéo d'éducation thérapeutique en soins premiers; feuille de route.

La vidéo doit respecter les recommandations de bonne pratique de l'ETP du patient.
oui / non
Elle doit utiliser des informations validées scientifiquement.
Sources :
Elle doit être la plus courte possible. 3-5 min en moyenne. L'idée est d'être clair sans pour autant perdre en précision (vidéo trop courte). Ne pas dépasser 10 minutes pour les plus longues.
Durée :
La vidéo découpe l'information en petits bouts plus faciles à comprendre et assimiler.
oui / non
Pour créer des vidéos au plus proches des besoins des patients, il est recommandé de recueillir à priori les besoins et attentes des patients en termes de thème et de contenu de vidéo. Non obligatoire.
Demande patient :
Déterminer une population cible de la vidéo.
Population cible :
Inclure des patients dans la conception de la vidéo.
Patients (liste) :
Inclure des patients dans la validation de la vidéo.
Patients (liste) :
Favoriser l'intervention dans la vidéo, d'au moins un des soignants qui intervient dans le parcours du patient.
Soignants (liste) :

La vidéo doit respecter les recommandations de bonne pratique de l'ETP du patient.
la vidéo doit permettre l'acquisition de compétences d'auto soin, d'adaptation et/ou d'objectifs de savoir (savoir/savoir-faire/savoir-être).
Compétences possible à acquérir :
Les termes médicaux utilisés ne sont utilisés que pour familiariser les patients avec. Quand ils sont utilisés, ils sont expliqués. Pas d'explications longues et compliquées à comprendre ou d'hyperliens.
Termes médicaux à expliquer :
Utiliser un langage de tous les jours. Pas de jargon médical sauf si nécessaire. Si utilisation d'acronymes : description au moins une fois.
Jargon médical à expliquer :
Acronymes :
La vidéo s'adresse directement au patient.
oui / non
Utiliser une « voix active » et non « passive » . Ex : Nous vous recommandons de prendre ce médicament avec un grand verre d'eau pour une meilleure tolérance plutôt que, ce médicament devrait être pris avec un grand verre d'eau pour une meilleure tolérance. L'idée n'est pas d'être dans l'impératif mais d'inviter le patient à être acteur et de ne pas "subir" les actions.
oui / non
Le titre, le narrateur ou le premier texte rend évident ce dont la vidéo va parler.
oui / non
Les différentes sections de la vidéo ont un titre ou introduction claire (mise en contexte).
oui / non
Les différentes sections ont une séquence logique.
oui / non

La vidéo doit respecter les recommandations de bonne pratique de l'ETP du patient.
Il est bon d'avoir un sommaire des différentes parties. Non obligatoire si vidéo très courte pour ne pas alourdir.
oui / non
Du texte peut être utilisé dans dans les vidéos mais ce dernier doit avoir un police, couleur, taille... qui le rendent facilement lisible. Il doit être réduit au strict minimum.
oui / non
Il doit exister des sous titres de ce que disent le ou les interlocuteurs. Possibilité de les proposer en optionnel.
oui / non
Les sous-titres sur l'écran doivent être faciles à lire.
oui / non
On entend clairement tout ce qui est dit (articulation, volume, fond sonore).
oui / non
La voix ne doit pas être monotone pour ne pas perdre l'attention du patient.
oui / non
le patient est capable de clairement identifier au moins un objectif pédagogique qu'il est capable d'entreprendre.
Objectif pédagogique identifiable :
La vidéo découpe tous les savoirs et compétences en séquences claires, faisables et qui permettront leur évaluation ultérieure de façon isolée par un professionnel de santé.
Savoir/compétences identifiable et évaluables :
La vidéo est visuellement accueillante avec des intervenants souriants et une coloration chaude.
oui / non
Les habits du praticien ne doivent pas distraire le regard du patient.

La vidéo doit respecter les recommandations de bonne pratique de l'ETP du patient.
oui / non
Le fond doit être uniforme et non complexe pour ne pas distraire le patient.
oui / non
Expliquer clairement l'utilisation des outils (tableaux, chartes...) dont l'utilisation est présentée dans la vidéo
Outils à expliquer :
Utilisation d'icônes pour souligner les éléments importants, par exemple un cercle ou une flèche rouge pour attirer l'attention sur un point précis. Cette pratique n'est pas obligatoire.
oui / non
Utilisation d'illustrations et de photos facilement visibles en privilégiant des formats simples. Par exemple, pour une illustration, il est préférable de choisir une composition composée uniquement de traits simples et d'une couleur unique plutôt qu'une illustration riche en détails et en couleurs multiples.
oui / non
Si des tableaux sont utilisés, ils doivent être faciles à lire et à interpréter, quel que soit le niveau socioculturel.
oui / non
Il est recommandé de faire un bref récapitulatif à la fin de la vidéo sous la forme d'un "take home message".
oui / non
La majorité de la vidéo est consacrée à donner des outils au patient pour la mise en œuvre de modifications comportementales orientées vers la prise en charge de sa maladie. Ces outils peuvent être de nature variée, tels que des compétences d'auto-soins ou d'adaptation.
oui / non
Pour renforcer la mémorisation, un format interrogatif est utilisé au début de chaque séquence pour impliquer davantage le patient et l'amener à réfléchir. Par exemple, "Dans cette situation, que feriez-vous ?" ou "De quoi auriez-vous besoin ?" suivi d'une explication.
oui / non

La vidéo doit respecter les recommandations de bonne pratique de l'ETP du patient.

Dans l'objectif de renforcer la mémorisation et de mettre le patient dans une posture réflexive, il est possible de proposer en option un quiz synthétique pour que le patient teste et mette en pratique ce qu'il a appris.

oui / non

Il est recommandé d'associer à la vidéo un court document synthétique téléchargeable ou imprimable pour permettre au patient d'avoir un accès rapide aux informations essentielles s'il en a besoin.

oui / non

Il est important de mettre à jour régulièrement la vidéo en fonction des avancées des connaissances médicales et pour continuer à la rendre attrayante.

Dernière mise à jour :

Annexe 17 : changements des critères de qualité de la première ronde

Ancienne critère de qualité	Nouveau critère de qualité
Utiliser un langage de tous les jours. Pas de jargon médical. Si utilisation d'acronymes : description au moins une fois.	Utiliser un langage de tous les jours. Pas de jargon médical sauf si nécessaire. Si utilisation d'acronymes : description au moins une fois.
Utiliser une « voix active » et non « passive » . Ex : prenez ce médicament avec un grand verre d'eau et non pas : ce médicament devra être pris avec un grand verre d'eau. L'idée n'est pas d'être dans l'impératif mais d'inviter le patient à être acteur et de ne pas "subir" les actions.	Utiliser une « voix active » et non « passive » . Ex : Nous vous recommandons de prendre ce médicament avec un grand verre d'eau pour une meilleure tolérance plutôt que, ce médicament devrait être pris avec un grand verre d'eau pour une meilleure tolérance. L'idée n'est pas d'être dans l'impératif mais d'inviter le patient à être acteur et de ne pas "subir" les actions.
La vidéo découpe l'information en petits bouts plus facile à digérer et assimiler.	La vidéo découpe l'information en petits bouts plus faciles à comprendre et assimiler.
Une vidéo doit durer environ 3 minutes.	Une vidéo doit être la plus courte possible. 3-5 min en moyenne. L'idée est d'être clair sans pour autant perdre en précision (vidéo trop courte). Ne pas dépasser 10 minutes pour les plus longues.
Il doit y avoir un sommaire des différentes parties.	Il est bon d'avoir un sommaire des différentes parties. Non obligatoire si vidéo très courte pour ne pas alourdir.
Utilisation d'iconographie pour souligner les éléments importants. Ex : un rond ou Flèche rouge pour attirer le regard sur un point précis.	Utilisation d'iconographie pour souligner les éléments importants. Ex : un rond ou Flèche rouge pour attirer le regard sur un point précis. Non obligatoire.
Du texte peut être utilisé dans dans les vidéos mais ce dernier doit avoir un police, couleur, taille... qui le rendent facilement lisible.	Du texte peut être utilisé dans les vidéos mais ce dernier doit avoir une police, couleur, taille... qui le rendent facilement lisible. Il doit être réduit au strict minimum.
Il doit exister des sous titres de ce que raconte le ou les interlocuteurs.	Il doit exister des sous titres de ce que disent le ou les interlocuteurs. Possibilité de les proposer en optionnel.
Utilisation de tableaux faciles à lire et à interpréter. Quel que soit le niveau socioculturel.	Si utilisation de tableaux, ils doivent être faciles à lire et à interpréter. Quel que soit le niveau socioculturel.

Doit figurer dans la vidéo au moins un des soignants qui intervient dans le parcours du patient.	Favoriser l'intervention dans la vidéo, d'au moins un des soignants qui intervient dans le parcours du patient.
Le fond doit être uniforme et non complexe.	Le fond doit être le plus uniforme possible et non complexe pour ne pas distraire le patient.
La majorité de la vidéo est consacrée à donner des outils au patient pour la mise en œuvre de modification comportemental orientée à la prise en charge de sa maladie.	La majorité de la vidéo est consacrée à donner des outils au patient pour la mise en œuvre de modification comportementale orientée à la prise en charge de sa maladie. Ces outils peuvent être de nature variée (compétence d'auto soins, compétence d'adaptation...).
Pour renforcer la mémoire de long terme un format interrogatif est utilisé au début de chaque séquence pour impliquer davantage le patient. Ex : "dans cette situation, que feriez vous ?" puis donner l'explication.	Pour renforcer la mémoire de long terme, un format interrogatif est utilisé au début de chaque séquence pour impliquer davantage le patient et l'amener à réfléchir. Ex : "Dans cette situation, que feriez vous ?", "De quoi auriez vous besoin?" puis donner l'explication.

Tableau 20. Récapitulatif des changements des critères de qualité de la première ronde.

Annexe 18 : Précisions données aux experts par mail après la première ronde.

En voyant certains de vos commentaires je vais faire quelques éclaircissements concernant ces vidéos.

1) Elles ne sont pas destinées à être diffusées en salle d'attente (c'est un projet dont j'ai discuté avec certains mais cela s'adresse davantage à des vidéos plus générales dans un contexte d'éducation à la santé).

2) Ces vidéos ont pour but de s'inscrire dans un programme d'ETP en soins premiers. Ce qui veut dire qu'il y a un bilan initial qui est fait avant et une évaluation après, avec un ou plusieurs soignants. La vidéo doit être assez bien réalisée pour faire passer un ou des messages clairement pour le patient mais elle ne suffira pas à réaliser un programme d'ETP à elle seule.

Figure 3. Précisions données aux experts par mail après la première ronde.

Annexe 19: Récapitulatif des changements des critères de qualité de la deuxième ronde.

Ancien critère de qualité	Nouveau critère de qualité
identifier au moins un objectif éducatif que le patient peut entreprendre	Le patient doit pouvoir être capable de clairement identifier au moins un objectif éducatif qu'il est capable d'entreprendre dans son parcours.
découper toutes les actions en des séquences explicites, faisables et évaluables de façon isolée	La vidéo découpe tous les savoirs et compétences en des séquences claires, reproductibles et qui permettront leur évaluation ultérieure par un soignant de façon isolée.
recueillir les besoins et attentes des patients pour trouver des idées de thème et de contenu de vidéos, non obligatoire	Pour créer des vidéos au plus proche des besoins des patients, il est recommandé de recueillir à priori les besoins et attentes des patients en termes de thème et de contenu de vidéo. Non obligatoire.
Pour renforcer la mémoire de long terme, un format interrogatif est utilisé au début de chaque séquence pour impliquer davantage le patient et l'amener à réfléchir. Ex : "Dans cette situation, que feriez vous ?", "De quoi auriez vous besoin?" puis donner l'explication.	Pour renforcer la mémorisation, un format interrogatif est utilisé au début de chaque séquence pour impliquer davantage le patient et l'amener à réfléchir. Ex : "Dans cette situation, que feriez vous ?", "De quoi auriez vous besoin?" puis donner l'explication.
Dans l'objectif de renforcer la mémoire et de mettre le patient dans une posture réflexive; proposer en option, un quiz synthétique pour que le patient teste et mette en action ce qu'il a appris.	Dans l'objectif de renforcer la mémorisation et de mettre le patient dans une posture réflexive; proposer en option, un quiz synthétique pour que le patient teste et mette en action ce qu'il a appris.

Tableau 21. Récapitulatif des changements des critères de qualité de la deuxième ronde.

VIII. RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Il est essentiel de dispenser une éducation de qualité à nos patients, notamment par le biais de l'éducation thérapeutique. Cependant, il peut être difficile de mettre en pratique cette démarche en dehors du cadre hospitalier. L'e-ETP offre une solution prometteuse, notamment grâce à la création de vidéos d'éducation thérapeutique. Cependant, il n'existe pas de référentiel clair pour guider leur création. Ainsi, l'objectif principal de ce travail est de définir un ensemble de critères de qualité pour élaborer une vidéo d'éducation thérapeutique pertinente et efficace.

MATERIEL ET METHODES : Pour élaborer ce guide, une méthode de consensus par ronde de Delphi a été utilisée. Les experts ont été sélectionnés en fonction de leurs compétences dans le domaine étudié et recrutés par mail ou téléphone. Le consensus a été défini à l'avance et le premier questionnaire a été élaboré à partir d'une revue narrative de la littérature, puis affiné manuellement.

RÉSULTATS : Sur les 65 experts invités, 21 ont accepté de participer, soit un taux de participation de 32%. Parmi eux, on compte 9 médecins généralistes, 3 internes, 3 infirmières spécialisées, 1 orthophoniste, 1 coach sportif, 1 pharmacienne et 1 coach APA. Le taux de participation variait de 90 à 95%. Le résultat principal de cette étude a été la définition d'un ensemble de 38 critères de qualité pour la création de vidéos d'éducation thérapeutique. Ce résultat a été obtenu après deux rondes de consultation.

DISCUSSION : Les forces de ce travail résident dans le choix d'experts compétents et leur taux de participation élevé, ainsi que dans les possibles applications concrètes de ce guide novateur. De plus, ce projet fait partie des premiers à tenter de créer un tel guide. Cependant, ce travail présente des limites telles que la réalisation d'une revue narrative de la littérature plutôt qu'une approche systématique, ainsi que l'absence de validation de l'acceptabilité et de la faisabilité de ce guide en pratique courante. Ainsi, une première étape serait de réaliser une validation pratique et de recueillir l'avis des patients sur cette méthode. Il serait également intéressant de proposer différentes applications pratiques de ce guide et de collaborer avec des autorités telles que la Haute Autorité de Santé (HAS).

IX. ABSTRACT

INTRODUCTION : It is essential to provide quality education to our patients, particularly through therapeutic education. However, implementing this approach outside the hospital setting can be challenging. E-ETP offers a promising solution, particularly through the creation of therapeutic education videos. However, there is no clear standard to guide their creation. Thus, the main objective of this study is to define a set of quality criteria for developing a relevant and effective therapeutic education video.

MATERIALS AND METHODS : To develop this guide, a Delphi consensus method was used. Experts were selected based on their competence in the studied field and recruited via email or phone. The consensus was defined in advance, and the first questionnaire was developed from a narrative literature review and manually refined.

RESULTS : Of the 65 invited experts, 21 agreed to participate, resulting in a participation rate of 32%. Among them, there were 9 general practitioners, 3 interns, 3 specialized nurses, 1 speech therapist, 1 sports coach, 1 pharmacist, and 1 APA coach. The participation rate ranged from 90% to 95%. The main result of this study was the definition of a set of 38 quality criteria for creating therapeutic education videos. This result was obtained after two rounds of consultation.

DISCUSSION : The strengths of this study lie in the selection of competent experts and their high participation rate, as well as the possible practical applications of this innovative guide. Additionally, this project is among the first to attempt to create such a guide. However, this study has limitations, such as the use of a narrative literature review instead of a systematic approach and the lack of validation of the acceptability and feasibility of this guide in current practice. Thus, a first step would be to conduct practical validation and gather patient feedback on this method. It would also be interesting to propose different practical applications of this guide and collaborate with authorities such as the Haute Autorité de Santé (HAS).

AUTEUR : Antoine TROUCHE

TITRE : Quels sont les critères de qualité dans l'élaboration d'une vidéo d'éducation thérapeutique du patient en soin premier

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Florian SAVIGNAC

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Salle du Conseil de la faculté de médecine des allées Jules Guesde

Introduction : l'éducation thérapeutique est indispensable à nos patients mais se fait quasiment exclusivement en secteur hospitalier.

Objectifs : Cette étude vise à définir des critères de qualité pour le développement de vidéos d'éducation thérapeutique efficaces en soins premiers.

Matériel et méthode : Utilisation d'une méthode de consensus dite « méthode de Delphi ».

Résultats : Obtention de 38 critères de qualité pour l'élaboration d'une vidéo d'éducation thérapeutique en soins premiers.

Discussion : Forces : création d'un guide novateur avec une application pratique (projet ivehte). Limites : revue narrative de la littérature plutôt qu'une approche systématique; et l'absence de validation de l'acceptabilité et de la faisabilité de ce guide en pratique courante. Perspectives : validation pratique et recueillir l'avis des patients. Proposer différentes applications pratiques de ce guide et collaborer avec des autorités telles que la HAS.

Mots-Clés : Education thérapeutique - critères de qualité - Guide - référentiel - Vidéo

TITLE: What are the quality criteria in the development of a therapeutic patient education video in primary care?

Introduction: Therapeutic education is essential for our patients but is almost exclusively provided in the hospital setting.

Objectives: This study aims to define quality criteria for the development of effective therapeutic education videos in primary care.

Materials and Methods: We used the consensus method called "Delphi method."

Results: We obtained 38 quality criteria for the development of therapeutic education videos in primary care.

Discussion: Strengths: Creating an innovative guide with practical application. Limitations: Narrative literature review rather than a systematic approach; and lack of validation of the acceptability and feasibility of this guide in routine practice. Perspectives: Practical validation and collection of patient feedback. Proposing different practical applications of this guide and collaborating with authorities such as HAS.

Key words : Therapeutic education - quality criteria - guide - reference framework - video

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France