

ABOU BEKR BELKAID UNIVERSITY  
TLEMCEM  
FACULTY OF MEDICINE- Dr. B.  
BENZERDJEB  
PHARMACY DEPARTMENT



جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان  
كلية الطب - د. ب. بن زرجب  
قسم الصيدلة

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR  
L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

THÈME :  
**Evaluation d'un programme d'éducation thérapeutique chez les  
patients schizophrènes suivi au service de psychiatrie du C.H.U  
Tlemcen Algérie**

Présenté par :

**KHOUANI Tahar Zakaria  
&  
KAIDARI Ossama Boualam**

Soutenu le  
**06 juillet 2022**

**Jury**

**Président :**

Pr. H.Boucif

Professeur en Psychiatrie

**Membres :**

Dr W.Bouabdellah

Maitre-Assistante en Psychiatrie

Dr S.Guendouz

Maitre Assistante en Pharmacologie

**Encadrant :**

Dr A.Rahoui

Maitre de conférence « A » en psychiatrie

**Co-Encadrant :**

Dr I.Larabi

Assistante en Psychiatrie

**Année universitaire : 2021-2022**



# Remerciements

Nous remercions **Allah** de nous avoir permis de mener ce travail à terme.

Nous exprimons notre profonde gratitude à notre encadreur **Dr. Rahoui Asmaa**, Maître de conférences “A” en psychiatrie, pour son aide, ses encouragements et sa disponibilité.

Veillez trouver ici, chère Maître, l’expression de notre respectueuse considération.

À notre Co-encadreur, Dr. **Larabi Ilham**, Assistante en psychiatrie : Nous vous sommes très reconnaissants de votre collaboration avec nous pour l’accomplissement de ce travail. Soyez assurée de notre sincère reconnaissance.

À notre président de jury **Pr. H.Boucif**, Professeur en psychiatrie : Merci de nous faire l’honneur de présider la soutenance de notre mémoire de fin d’étude. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profonde considération et notre sincère reconnaissance.

Aux membres de jury : **Dr. W.Bouabdellah**, Maître-Assistante en psychiatrie, **Dr. S.GUENDOZ**, Maître-Assistante en Pharmacologie. Nous vous sommes très reconnaissants de l’honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à ce jury, l’apport de vos connaissances à la critique de ce travail nous honore encore plus. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

A l’équipe de psychiatrie, nous les remercions chaleureusement pour leurs accueils au sein de leurs services et de toute l’aide apportée pour la conception de notre travail.

# Dédicace

À ma très chère mère,  
Pour l'affection, la tendresse et l'amour dont tu m'as toujours entouré,  
Pour le sacrifice et le dévouement dont tu as toujours fait preuve,  
Que ce modeste travail soit un début de remerciement envers toi.

À mon défunt père,  
dont je récolte aujourd'hui les fruits de son dévouement,  
par ce travail, j'espère honorer ta mémoire

À mes adorables sœurs Ichrak et Nihel,  
À notre fraternité qui m'est très chère,

À mon frère Aymen,  
Pour son soutien et son affection,

À mes grands-parents,  
À notre fraternité qui m'est très chère,  
avec mon grand amour, je vous dédie cette thèse en témoignage de reconnaissance.

À mes chers grands-parents,  
à mon ami Sadek,  
à mon beau-frère Mustapha  
à tous les membres de ma famille,  
Je vous remercie énormément pour votre soutien,

À mes très chers amis,  
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma tendre affection et mes sentiments les plus respectueux avec mes vœux de succès, de bonheur et de bonne santé.

À mon cher ami et binôme Zaki,  
En témoignage des profonds liens qui nous unissent,  
À notre belle amitié.  
Je te dédie cher ami ce travail modeste,

**O.B Kaidari**

# Dédicace

Mes pensées et remerciements vont à ma chère mère,  
le pilier de mes efforts,  
c'est de ta sagesse que je tire mes leçons,  
et de ton amour que je tire ma bonne volonté,  
Puisse dieu te garder et te couvrir de sa bonté et t'accorder la santé ;

À mon défunt père,  
Qui aurait aimé voir se concrétiser les ahans qu'il a généreusement entrepris depuis mon  
premier jour d'école.  
Je récolte aujourd'hui ce qu'il a semé et lui dédie ce travail et la fierté que j'en tire ;

À ma famille,  
pour leur soutien de tous les instants et amour inconditionnel ;

À mes amis, Fethi, Mansour, Ali, Amine, Walid, Chakib, Nedjmou, Chamil,  
Et à tous les autres que je n'ai pas cités mais qui compte énormément pour moi  
Au motif que bon nombre de nos souvenirs ne s'inscrivent pas dans le cadre de ce mémoire,  
J'entends vous laisser feuilleter la vôtre ;

Et enfin, à mon ami de longue date et binôme Oussama,  
car nous arrivons au bout de ce chemin au cour duquel nous nous sommes entraidé.

**T.Z Khouani**

# Table des matières

---

Liste des abréviations .....	VII
Liste des figures .....	VIII
Liste des tableaux .....	XI
Introduction.....	12
Revue bibliographique.....	14
Chapitre I : Généralités sur l'éducation thérapeutique .....	15
I.1 Définition.....	15
I.2 Les principes fondamentaux et les conditions-clés pour une intégration durable .....	15
I.3 Finalités de l'éducation thérapeutique du patient.....	16
I.4 Distinction entre éducation thérapeutique du patient et information .....	17
Chapitre II : Populations bénéficiaires de l'éducation thérapeutique.....	17
II.1 Patients .....	17
II.2 Entourage du patient .....	18
II.3 Intervenants concernés par l'éducation thérapeutique du patient .....	18
II.3.1 Professionnels de santé.....	18
II.3.2 Autres professionnels pouvant être impliqués .....	21
II.3.3 Patients et associations .....	21
II.4 Les obstacles .....	21
II.5 Les recommandations.....	24
II.5.1 Recommandations aux soignants .....	24
II.5.2 Recommandations aux institutions d'assurance en santé .....	25
II.5.3 Recommandations aux industries de la santé .....	25
II.5.4 Recommandations aux centres collaborateurs de l'O.M.S.....	25
II.5.5 Recommandations aux médias (écrits et audiovisuels).....	26
II.5.6 Recommandations aux autorités nationales de la santé.....	26
Chapitre III : L'éducation thérapeutique en psychiatrie .....	28
III.1 Introduction .....	28

# Table des matières

---

III.2 Finalités de l'éducation thérapeutique du patient en psychiatrie.....	29
III.2.1 Le diagnostic éducatif .....	32
III.2.2 Les objectifs du diagnostic éducatif.....	33
III.2.4 Évaluation des résultats.....	36
Chapitre IV : Le rôle du pharmacien dans l'éducation thérapeutique en psychiatrie .....	38
IV.1 Les taches du pharmacien dans le cadre de l'ETP .....	39
IV.2 Transmission des règles hygiéno-diététiques.....	54
IV.3 Position d'étudiant en pharmacie dans l'éducation thérapeutique .....	55
Étude pratique .....	56
I Présentation du service de psychiatrie du C.H.U Tlemcen, Algérie.....	57
II Type de l'étude .....	57
III Taille de l'échantillon .....	57
IV Contexte et objectifs .....	57
IV.1 Objectif principal.....	57
IV.2 Objectifs secondaires .....	58
IV.3 Choix de la population du protocole.....	58
IV.4 Critères d'inclusion.....	58
IV.5. Critères de non inclusion .....	58
Matériel et méthodes .....	59
I Déroulement de l'enquête.....	60
II Ethique .....	60
III Outils Statistiques .....	61
IV Supports de l'étude.....	61
Questionnaire utilisé .....	61
Résultats.....	63
I Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.....	64
II Caractéristiques cliniques.....	67
III Répartition des cas selon le traitement .....	70

## Table des matières

---

IV La qualité du conseil pharmaceutique .....	71
V Le diagnostic éducatif .....	73
VI Evaluation de l'approche de l'éducation thérapeutique .....	76
Analyse bivarié.....	80
Discussion .....	85
Conclusion .....	92
Annexes .....	100



### Liste des abréviations

AVK : Anti vitamine K

CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CMP : Centre médico-psychologique

ETP : l'éducation thérapeutique du patient

HAS : Haute autorité de santé

HPST : La loi Hôpital, patients, santé et territoires

MG : Médecins généralistes

OMS : organisation mondiale

PAI : projet d'accueil individualisé

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

TOC : Troubles obsessionnels compulsifs

### Liste des figures

Figure 1 : Synthèse des étapes de la prise en charge du patient sous l'angle de l'éducation thérapeutique .....	31
Figure 2 : le diagnostic éducatif .....	33
Figure 3: les objectifs de sécurité .....	35
Figure 4: Mise en place de l'ETP .....	35
Figure 5 : Evaluation de l'approche d'éducation thérapeutique .....	37
Figure 6 : Suivi de l'ETP .....	38
Figure 7 : CMP .....	40
Figure 8 : Pharmacien - patient schizophrène : un rapport collaboratif .....	43
Figure 9 : Accueillir le patient schizophrène, quelques conseils .....	45
Figure 10 : Communiquer avec le patient schizophrène .....	45
Figure 11 : La règle des 4R.....	47
Figure 12 : Modèles de communication dans la consultation intersectorielle sur la schizophrénie : qui communique avec le patient ?.....	53
Figure 13 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon le sexe .....	64
Figure 14 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'âge.....	64
Figure 15: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon le statut matrimonial .....	65
Figure 16 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'activité professionnelle. ....	65
Figure 17 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon le niveau d'instruction.....	66
Figure 18 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon la zone de vie .....	66
Figure 19 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon le mode de vie.....	67
Figure 20 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon les antécédents psychiatriques personnelles.....	67
Figure 21 : les antécédents psychiatriques familiaux .....	68

## Liste des figures

---

Figure 22 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon les Habitudes toxiques de la population.....	68
Figure 23 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon la consommation des substances toxiques. ....	69
Figure 24 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon le mode de début de la maladie .....	69
Figure 25 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon le type d'antipsychotiques .....	70
Figure 26 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon le traitement antérieure.....	70
Figure 27 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon la tolérance du traitement .....	71
Figure 28 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'évaluation de la qualité de conseil Pharmaceutique .....	71
Figure 29 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon les conseils abordés avec les patients.....	72
Figure 30 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon les critères de choix pour une pharmacie .....	72
Figure 31 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon la considération de la maladie .....	73
Figure 32 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'origine de la maladie.....	73
Figure 33 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'état actuel du patient .....	74
Figure 34 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon Implication de la famille dans la prise de la charge du patient .....	74
Figure 35 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'activité physique pratiquée par le patient.....	75
Figure 36 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon le projet de vie. ....	75
Figure 37 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'évaluation de la connaissance sur la maladie.....	76
Figure 38 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'évaluation de l'information sur le traitement. ....	76

## Liste des figures

---

Figure 39 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'évaluation de la prévention de la rechute.....	77
Figure 40 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'évaluation du régime alimentaire. ....	77
Figure 41 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'évaluation de développement de la capacité d'auto soin.....	78
Figure 42 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'évaluation de l'implication de l'entourage dans l'approche d'ETP. ....	78
Figure 43 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'évaluation de l'activité physique. ....	79
Figure 44 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'évaluation de la satisfaction de l'approche d'ETP. ....	79

### Liste des tableaux

Tableau I : Liste non exhaustive des compétences nécessaires aux professionnels de santé pour mettre en œuvre l'éducation thérapeutique du patient de manière multidisciplinaire .....	20
Tableau II: Les quatre étapes de l'éducation du patient, adaptées du modèle de Jean .....	30
Tableau III : Caractéristiques générales du diagnostic éducatif.....	34
Tableau IV : De l'apathie à l'empathie : le spectre des interactions entre le pharmacien et le patient schizophrène .....	42
Tableau V : La notification des effets indésirables .....	50
Tableau VI : Tableau croisé entre l'évolution des connaissances du patient et l'âge .....	80
Tableau VII : Tableau croisé Connaissance du patient sur sa maladie et Sexe .....	80
Tableau VIII : Tableau croisé Connaissance du patient sur sa maladie Niveau d'instruction ..	81
Tableau IX : Tableau croisé entre la Connaissance du patient sur sa maladie Répartition de la population selon la zone de vie .....	81
Tableau X : Tableau croisé Connaissance du patient sur sa maladie Répartition de la population selon le mode de vie .....	82
Tableau XI : Tableau croisé Information sur le Traitement et l'âge .....	82
Tableau XII : Tableau croisé Information sur le Traitement Sexe.....	83
Tableau XIII : Tableau croisé Information sur le Traitement Niveau d'instruction.....	83
Tableau XIV : Tableau croisé Information sur le Traitement Répartition de la population selon la zone de vie.....	84
Tableau XV : Tableau croisé Information sur le Traitement Répartition de la population selon le mode de vie .....	84

# **INTRODUCTION**

## Introduction

---

la santé et le suivi thérapeutique des patients et des groupes sociaux ont toujours fait partie des préoccupations majeures des soignants dont l'éducation thérapeutique des patients est devenue l'un des enjeux de notre société et de la santé des individus(1). Définie comme l'aide apportée aux patients, à leurs familles et/ou leur entourage pour « comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge leur état de santé et conserver et/ou améliorer la qualité de vie\* », nul doute que l'éducation thérapeutique ne peut se réduire à l'instruction, au développement du sujet psychique ou à son formatage culturel et social. Cependant, les pratiques se réduisent encore trop souvent à de l'information, de la transmission de savoirs et de savoir-faire ne prenant que partiellement en compte les facteurs sociaux, environnementaux et personnels qui interagissent dans les problèmes de santé. Le processus d'autonomisation et d'autorisation du patient est alors secondaire à l'adoption de « bonnes pratiques » en santé.

Dans la pratique en dehors des institutions hospitalières, 80% des maladies traitées sont chroniques(2). Bien que la plupart des traitements soient remarquablement efficaces en raison de la recherche médicale, leur qualité est souvent loin d'être satisfaisante. De nombreux patients n'observent pas les instructions et prescriptions ; moins de 50% suivent leur traitement correctement. On a constaté que les patients étaient mal informés sur leur maladie et que peu d'entre eux étaient assistés dans la gestion de leur traitement. Bien que la plupart des médecins soient très compétents dans l'établissement d'un diagnostic et dans l'administration d'un traitement trop peu d'entre eux éduquent et forment leurs patients à prendre en charge leur maladie. Il existe à cela plusieurs raisons, telles que le manque de temps ou l'absence de prise de conscience de la nécessité d'éduquer le patient. L'une d'entre elles est que la formation initiale de la plupart des soignants(3), en particulier les médecins, est principalement fondée sur l'établissement d'un diagnostic et le choix d'un traitement thérapeutique. Bien que la plupart des patients souffrant de maladies aiguës puissent bénéficier d'une éducation thérapeutique du patient, celle-ci semble constituer un élément essentiel du traitement des maladies de longue durée, telles que ;

Le diabète, l'hypertension artérielle la polyarthrite rhumatoïdes la et schizophrénie.

Notre hypothèse est :

Un programme éducatif chez des patients schizophrènes bien stabilisés permet d'améliorer les connaissances ainsi que le degré de certitude à distance des séances.

**REVUE  
BIBLIOGRAPHIQUE**



## Chapitre I : Généralités sur l'éducation thérapeutique

### I.1 Définition

La définition de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) par l'OMS (1998) précise que « L'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique(4). Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend les 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. Cela a pour but de les aider (ainsi que leur famille) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie ».

Les professionnels de santé ont tendance à parler aux patients de leur maladie plutôt que de les former à la gestion quotidienne de leur condition.

L'éducation thérapeutique du patient vise donc à former les patients dans les compétences d'autogestion ou d'adaptation du traitement à leur maladies chroniques(2), elle contribue aussi à réduire le coût des soins de longue durée pour les patients(5) .

Elle s'agit une approche gérée par les prestataires de soins de santé formés à l'éducation des patients, et conçus pour permettre à un patient ou un groupe de patients de gérer le traitement de leur condition et prévenir les complications évitables, tout en maintenant ou en améliorant leurs qualités de vie. Son objectif principal est de produire un effet thérapeutique complémentaire à ceux de toutes les autres interventions (pharmacologiques, kinésithérapie, etc.).

### I.2 Les principes fondamentaux et les conditions-clés pour une intégration durable

L'éducation thérapeutique se décline sous forme de méthodes favorisant la participation active du patient, l'apprentissage significatif du patient(6). Ces méthodes laissent une place importante à la considération des besoins mutuellement identifiés, entre patients et professionnels de santé dont découlent des compétences d'auto soins.

## Revue Bibliographique

---

Le sens et la perception d'utilité de ces compétences par le patient sont essentiels pour l'aider à mieux vivre avec la maladie. Ces méthodes sont référencées dans les recommandations scientifiques et professionnelles relatives aux pratiques et programmes d'éducation thérapeutique(7) . Leur application est considérée comme la forme la plus optimale pour soutenir l'apprentissage du patient même si des ajustements sont toujours nécessaires.

Ainsi pour intégrer l'éducation thérapeutique dans le système de soins actuel tout en conservant les critères qui en fondent la qualité, il est important d'identifier certaines conditions-clés. Celles-ci paraissent, en effet, au vu des expériences et des travaux d'évaluation précédemment cités(8) , assurer la pertinence de l'éducation thérapeutique et son positionnement réaliste dans l'offre de soins.

Ces conditions-clés concernent :

- Les phases de recours à l'éducation thérapeutique par rapport à l'évolution de la maladie et au projet du patient
- Un ensemble coordonné de lieux et acteurs de l'éducation
- La mise à disposition de formes éducatives individuelles et collectives pour l'éducation des patients.

### **I.3 Finalités de l'éducation thérapeutique du patient**

l'éducation thérapeutique est l'expression d'un changement dans le champ de la santé ou le patient doit être son propre médecin pour une période donnée(9).

c'est une pratique relativement récente qui répond aux besoins éducatifs du patient atteint d'une pathologie chronique et à ceux de de ses proches(10).

Elle permet au patient d'augmenter ses connaissances, ses compétences, de lui faire prendre conscience de son diagnostic et de ses facteurs de risque, l'éducation thérapeutique lui permet d'être réellement partenaire de soin pour la prise en charge de sa santé à long terme(11, 12) .

La personne peut ainsi apprendre à reconnaître et interpréter certains symptômes, pratiquer une mesure physiologique, y répondre par un comportement adapté à l'urgence ou en prévention.

-Il s'agit pour les patients et les proches d'acquérir et de maintenir des compétences d'auto soin et des compétences d'adaptation.

-L'éducation thérapeutique s'affirme comme une nécessité épidémiologique thérapeutique et économique mais également éthique il s'agit d'un véritable transfert de compétences entre soignant et patient :

# Revue Bibliographique

---

- L'ETP du patient modifie profondément la relation paternaliste soignants-patients.
- L'éducation thérapeutique vise à permettre à la personne malade de reconstruire un parcours de vie, une identité, et ceci grâce à la relation considérée déjà comme thérapeutique, et à l'apprentissage des savoirs externes et internes. Il doit donc s'agir de mettre les différentes compétences des soignants aux formations diverses au service des finalités des patients eux-mêmes (13, 14). Et ceci ne peut se faire que grâce à une écoute active et un réel partenariat.
- Être centré sur la personne et accepter la complexité signifie que l'on reconnaît qu'il existe d'une part des représentations biomédicales de la condition chronique(15) .
- Elle doit faire partie intégrante de la prise en charge thérapeutique du patient

## **I.4 Distinction entre éducation thérapeutique du patient et information**

Contrairement aux idées reçues, l'ETP ne se résume pas à la délivrance d'une information(16). Des méta-analyses d'études contrôlées randomisées concernant l'asthme, la polyarthrite rhumatoïde, la prise au long cours d'AVK ont montré que l'information seule ne suffisait pas à aider les patients à gérer leur maladie au quotidien. Une information orale ou écrite, un conseil, un message de prévention, peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions (par exemple lors d'une consultation, d'un acte de soins, de la délivrance de médicaments, d'un séjour en établissement de soins, de l'installation d'un matériel de soins, etc.), mais n'équivalent pas à une ETP. Il en est de même de l'information sur les traitements, en vue d'une participation du patient à la prise de décision.

## **Chapitre II : Populations bénéficiaires de l'éducation thérapeutique**

### **II.1 Patients :**

Proposer une éducation thérapeutique initiale au patient à un moment proche de l'annonce du diagnostic de sa maladie chronique ou à tout autre moment de l'évolution de sa maladie (17), si la proposition ne lui a pas été faite antérieurement ou s'il l'a refusée proposer une éducation thérapeutique de suivi régulier (ou de renforcement) .

Une proposition d'ETP doit être présentée à toute personne, enfant et ses parents, adolescent, adulte ayant une maladie chronique(18) , quels que soient son âge, le type, le stade et

## Revue Bibliographique

---

l'évolution de sa maladie. Si cette proposition est acceptée par le patient, elle doit s'adapter à ses besoins et à ses demandes, que l'étape de « diagnostic éducatif » doit identifier.

Le patient a toute liberté de participer ou non à une ETP. Si le patient accepte une ETP, il peut en négocier les buts et les modalités de mise en œuvre, et les redéfinir avec le professionnel de santé après avoir fait l'expérience de l'ETP.

### **II.2 Entourage du patient**

Les proches (parents d'enfants ayant une maladie chronique, conjoint ou compagnon, fratrie, enfants de parents malades, personne de confiance, etc.) peuvent être associés à la démarche d'ETP, s'ils le souhaitent. Ils peuvent être concernés par l'acquisition de compétences d'auto soins et d'adaptation, si le patient souhaite les impliquer dans l'aide à la gestion de sa maladie. Ils peuvent avoir besoin d'être soutenus dans l'acquisition de compétences et dans leur motivation. Sont concernés également les professionnels et les aidants qui prennent soin des personnes âgées et dépendantes ou en situation de handicap moteur, sensoriel ou mental, dans les établissements médico-sociaux ou à domicile. À la demande des parents, les compétences acquises dans le cadre de l'ETP par l'enfant peuvent être portées à la connaissance des enseignants, et écrites dans un projet d'accueil individualisé (PAI). Il en est de même pour les personnels d'encadrement du temps périscolaire et de la restauration scolaire.

### **II.3 Intervenants concernés par l'éducation thérapeutique du patient**

#### **II.3.1 Professionnels de santé**

Différents niveaux d'intervention dans la démarche sont possibles pour les professionnels de santé et nécessitent une coordination et une transmission d'informations.

##### **1. Informer, proposer une ETP, suivre le patient :**

Tout professionnel de santé, impliqué dans la prise en charge usuelle d'un patient ayant une maladie chronique, doit informer le patient de la possibilité de bénéficier d'une ETP, et doit la lui proposer en lui décrivant les ressources locales.

Toute rencontre du patient avec un professionnel de santé, notamment avec celui qui a initié l'ETP, est une occasion d'aborder avec le patient le vécu de sa maladie et de sa gestion, et de s'assurer du maintien des compétences en particulier de celles de sécurité.

## **2. Réaliser l'ETP :**

Dans le champ de la maladie chronique, la mise en œuvre de l'ETP requiert souvent l'intervention de plus d'un professionnel de santé, voire d'emblée le recours à une équipe multidisciplinaire. La composition de l'équipe qui réalise l'ETP dépend du public-cible, en particulier de son âge, du type, du stade et de l'évolution de la maladie, de la nature des compétences à acquérir par le patient.

L'ETP (élaboration du diagnostic éducatif, formulation avec le patient des compétences à acquérir, conduite des séances d'ETP individuelles ou de groupe, évaluation individuelle de l'acquisition ou du maintien des compétences) est réalisée : soit par le professionnel de santé lui-même s'il est formé à l'ETP, lorsque l'apprentissage des compétences par le patient ne nécessite pas l'intervention d'emblée d'autres professionnels de

## **3. Être formé pour mettre en œuvre l'ETP :**

L'ETP est mise en œuvre par des professionnels de santé formés à la démarche d'ETP, aux techniques de communication et aux techniques pédagogiques qui permettent d'aider le patient à acquérir des compétences d'auto soins et d'adaptation, au travail en équipe et à la coordination des actions (tableau1).

Ces professionnels doivent avoir acquis des compétences en ETP au cours de leur formation initiale et continue ou à travers une expérience reconnue par une validation des acquis. Les dispositifs de reconnaissance de l'expérience et des acquis sont à créer, et sortent du champ de ce guide méthodologique.

**Tableau I :** Liste non exhaustive des compétences nécessaires aux professionnels de santé pour mettre en œuvre l'éducation thérapeutique du patient de manière multidisciplinaire

<b>Compétence</b>	<b>Informations</b>
<b>Compétences relationnelles</b>	Communiquer de manière empathique, recourir à l'écoute active, choisir des mots adaptés, reconnaître les ressources et les difficultés d'apprentissage, permettre au patient de prendre une place plus active au niveau des décisions qui concernent sa santé, ses soins personnels et ses apprentissages. Soutenir la motivation du patient, tout au long de la prise en charge de la maladie chronique.
<b>Compétences pédagogiques et d'animation</b>	Choisir et utiliser de manière adéquate des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent d'auto soins l'acquisition de compétences et d'adaptation, prendre en compte les besoins et la diversité des patients lors des séances d'ETP.
<b>Compétences méthodologiques et organisationnelles :</b>	Planifier les étapes de la démarche d'ETP (conception et organisation d'un programme individuel d'ETP négocié avec le patient, mise en œuvre et évaluation), recourir à des modalités de coordination des actions entre les services et les professionnels de santé, de manière continue et dans la durée
<b>Compétences biomédicales et de soins</b>	Avoir une connaissance de la maladie chronique et de la stratégie de prise en charge thérapeutique concernées par le programme d'ETP, reconnaître les troubles psychiques, les situations de vulnérabilité psychologique et sociale

## **II.3.2 Autres professionnels pouvant être impliqués**

D'autres professionnels peuvent intervenir soit en contribuant directement à la démarche éducative, soit en proposant une réponse adaptée aux difficultés du patient ou de son entourage ou des professionnels de santé qui mettent en œuvre l'ETP : psychologue, travailleur social, éducateur en activité physique adaptée, pédagogue de la santé, etc.

L'intervention d'autres professionnels nécessite une coordination des interventions et une transmission systématique d'informations au médecin traitant, et au professionnel ressource telle que définie dans la section sur la coordination.

## **II.3.3 Patients et associations**

Les patients, individuellement ou leurs associations, sont sollicités dans les phases de conception, de mise en œuvre et d'évaluation d'un programme d'ETP spécifique à une ou des pathologies chroniques. L'intervention de patients dans les séances collectives d'éducation thérapeutique peut être complémentaire de l'intervention des professionnels de santé. Elle contribue à la démarche éducative par :

- Un partage d'expériences de la maladie ou des traitements ;
- Un relais des messages délivrés par les professionnels de santé ;
- Un échange sur les préoccupations quotidiennes, la résolution de problèmes et les ressources disponibles.
- Les associations de patients peuvent participer activement à l'ETP, afin d'informer, d'orienter, d'aider, de soutenir le patient et ses proches.

## **II.4 Les obstacles**

### **II.4.1 Obstacles communs aux programmes pour soignants en éducation thérapeutique du patient**

Les programmes de formation en éducation thérapeutique du patient rencontrent de nombreux obstacles(2). Malgré les importantes différences politiques et socio-économiques entre les

## Revue Bibliographique

---

pays, plusieurs obstacles sont communs à tous ces pays. Ils sont regroupés ci-dessous sous huit catégories et sont présentés selon un ordre de priorité convenu.

### ***II.4.1.1 Le manque de ressources humaines :***

Le manque de soignants formés en éducation thérapeutique du patient constitue l'obstacle principal. La plupart n'ont pas d'expérience dans ce domaine. Il y a trop peu d'enseignants sur ce sujet et ceux qui l'enseignent ne sont pas très connus. Il y a également un manque de spécialistes pédagogiques centrés sur l'apprentissage, capables de diriger des projets d'éducation thérapeutique du patient. Un manque évident de motivation parmi les soignants peut être lié à leur tradition et à leurs cultures professionnelles.

### ***II.4.1.2 Tradition et cultures des professions soignantes :***

La formation de base de la plupart des soignants, en particulier des médecins, consiste en l'approche biomécanique dominante, fondée principalement sur l'établissement du diagnostic et sur le choix du traitement thérapeutique. Trop souvent, il n'y a pas de solution pour la prise en charge à long terme des patients. L'approche gestionnaire de la prise en charge favorise une médecine de type aigu. L'introduction de l'éducation thérapeutique du patient est un défi à la culture médicale classique. Il est probable que le corps médical la considère comme une approche 'douce' et comme un risque de perte ou de statut. C'est un défi à l'identité médicale des spécialistes en solo', peu familiarisés avec le travail d'équipe.

### ***II.4.1.3 Manque de ressources financières***

Manque de ressources financières Il est notable que le manque de ressources financières n'est pas considéré comme l'obstacle le plus important. Il existe, cependant, un réel manque de ressources. Pour commencer, les employeurs des soignants ne mettent généralement pas facilement des ressources à leur disposition. Par ailleurs, les soignants n'ont pas suffisamment d'expérience en gestion pour assurer une utilisation efficace des ressources financières. Tous les professionnels de la santé ont en commun ce manque de compétence en gestion, qui ne fait pas partie de leur formation de base. De plus, dans la mesure où " le temps, c'est de l'argent ", le manque de temps professionnel réservé à la formation et à l'éducation représente un autre obstacle.



### ***II.4.1.4 Manque de centres de formation***

D'importants obstacles à la formation de l'ensemble des soignants existent. Ces obstacles incluent le manque de centres de formation, d'enseignants compétents, d'institutions spécialisées dans l'éducation thérapeutique du patient(19), d'équipes capables de diriger des programmes de formation pour soignants, et de matériel audiovisuel ou didactique tel que des lignes directrices pratiques pour assurer un programme de base pour soignants.

La création de nouveaux centres nécessite des financements adéquats. Tant que l'éducation thérapeutique du patient restera à un faible niveau de priorité, les ressources financières continueront à manquer.

### ***II.4.1.5 Motivation insuffisante au sein des institutions et parmi les responsables politiques et les professionnels de la santé***

On ne sait pas encore bien comment motiver les décideurs en santé à promouvoir la formation permanente des médecins et des autres soignants en éducation thérapeutique du patient, ni comment convaincre de son importance les responsables des ministères de la santé et de l'enseignement supérieur. Ceux qui ont essayé se sont confrontés à la réticence des administrations de la santé et à l'incompréhension des politiciens. Le manque de motivation et d'engagement des professionnels de la santé en général constitue un sérieux handicap. Leur carrière et leur promotion sont plus souvent liées au nombre de leurs publications dans des revues professionnelles qu'à l'amélioration de la qualité de vie de leurs patients. Il existe trop peu de modèles ou d'exemples qui montrent comment surmonter la réticence des médecins (mentalité, comportement, attitudes), stimuler une demande de spécialistes en éducation thérapeutique du patient, ou promouvoir ces programmes de formation. Le manque de motivation en général et les attitudes conservatrices des institutions d'enseignement à cet égard ne sont pas récentes ; elles apparaissent largement à travers la littérature.

### ***II.4.1.6 Travail d'équipe insuffisant :***

L'éducation thérapeutique du patient nécessite un bon fonctionnement d'équipes de soignants(20). En pratique, il n'existe généralement pas de travail d'équipe. Les infirmières, les médecins, les kinésithérapeutes et les autres travaillent en même temps mais ne partagent

## Revue Bibliographique

---

pas toujours les mêmes valeurs quant à la prise en charge ou l'éducation des patients. Trop souvent, les spécialistes ne coopèrent pas avec les autres soignants. On rencontre souvent une certaine réticence au travail d'équipe. On est loin d'un consensus parmi les principaux spécialistes de la santé concernant l'éducation thérapeutique du patient, et les directions des institutions ne semblent pas introduire ou promouvoir ce type d'éducation.

### II.5 Les recommandations

Les mesures à adopter pour appliquer les recommandations de ce rapport relèvent de la responsabilité de différents secteurs. La plupart (12) concernent les autorités des Etats Membres de la Région Européenne de l'O.M.S. et les institutions d'enseignement et de formation de soignants (11).

D'autres sont adressées aux soignants (5), aux centres collaborateurs de l'O.M.S. (4), aux institutions de soins (3), aux industries de la santé (3), aux médias (3), et aux systèmes d'assurance en santé (2). Sept autres s'adressent au Bureau Régional Européen de l'O.M.S.

#### II.5.1 Recommandations aux soignants

Il est recommandé aux soignants :

- De renforcer la prise en charge des maladies chroniques par l'utilisation de l'éducation thérapeutique du patient.
- D'accorder une priorité à l'éducation thérapeutique du patient dans leur formation permanente.
- D'intégrer l'éducation thérapeutique du patient (21) dans la prise en charge de tous les patients atteints de maladies chroniques.
- D'évaluer la qualité de la pratique éducative.
- D'évaluer les résultats de l'éducation thérapeutique du patient.
- Etre centrée sur le patient : intérêt porté à la personne dans son ensemble, respect de ses préférences, prise de décision partagée.
- Etre scientifiquement fondée (recommandations professionnelles, littérature scientifique pertinente, consensus professionnel), et enrichie par les retours d'expérience des patients et de leurs proches pour ce qui est du contenu et des ressources éducatives.
- Se construire avec le patient, et impliquer ses proches.
- S'adapter au profil éducatif et culturel du patient, et respecter ses préférences, son style et rythme d'apprentissage.

## II.5.2 Recommandations aux institutions d'assurance en santé

Il est recommandé aux institutions d'assurance en santé :

- d'inclure l'éducation thérapeutique du patient dans les prestations remboursables aux patients.
- d'assurer à sa juste valeur le remboursement des dépenses d'activités de prévention, et en particulier l'éducation thérapeutique du patient.
- de prendre en considération le fait qu'un patient suive un programme d'enseignement thérapeutique pour déterminer le niveau de ses primes d'assurance volontaire.

## II.5.3 Recommandations aux industries de la santé

Il est recommandé aux industries de la santé :

- d'accroître la recherche sur :
  - (a) l'information et l'éducation du patient, conjointement à la commercialisation des médicaments, des appareils, des instruments, etc.
  - (b) l'adhésion aux traitements et la prévention de la lassitude à se traiter
  - (c) l'amélioration des méthodes de prise en charge à long terme des patients atteints de maladies chroniques.
  - (d) de soutenir financièrement les institutions impliquées dans la recherche en éducation thérapeutique du patient.
  - (e) de s'assurer que leur personnel commercial sera formé à l'éducation des patients selon les recommandations de l'OMS.

## II.5.4 Recommandations aux centres collaborateurs de l'O.M.S

Il est recommandé aux centres collaborateurs de l'O.M.S. :

- de faire de l'éducation thérapeutique du patient une fonction professionnelle essentielle des soignants.
- d'établir des normes pour les programmes d'éducation thérapeutique.

## Revue Bibliographique

---

- de concevoir, sur base d'indicateurs (notamment biomédicaux, psychosociaux, de qualité de vie, pédagogique, économiques et personnels) des évaluations de l'éducation thérapeutique du patient.
- de mesurer, de comparer et de diffuser les résultats de ces évaluations, notamment les résultats à court terme.
- de garantir des crédits de formation aux soignants pour faciliter l'accès à la formation.

### II.5.5 Recommandations aux medias (écrits et audiovisuels)

Il est recommandé aux médias :

- de rendre compte et de valoriser l'information relative aux programmes, expériences et recherches en éducation thérapeutique du patient ;
- d'améliorer la qualité des informations centrées sur le patient ;
- d'améliorer la collaboration avec les soignants et les patients afin de produire des informations validées.
- de répondre aux besoins effectifs des patients et de leurs proches, des professionnels de santé et de l'ensemble de la population en matière d'informations sur la santé et la maladie, et d'éducation thérapeutique ;
- de donner des informations dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient en les considérant comme partie intégrante de leur mission d'informateur ;
- de profiter de leur rôle social pour promouvoir l'information de la santé dans sa diversité (culturelle, médicale, psychosociale, environne mentale, technique, etc).

### II.5.6 Recommandations aux autorités nationales de la santé

Il est recommandé aux autorités nationales de la Santé :

- de reconnaître que l'éducation du patient constitue une activité thérapeutique et de la financer en tant que telle ;
- de déterminer, dans la formulation de leurs priorités, stratégies et objectifs de santé et d'enseignement, dans quelle mesure ils soutiennent ou appliquent les propositions de ce rapport ;
- de créer des institutions officielles, nationales et régionales, pour soutenir, promouvoir et appliquer l'éducation du patient dans la prise en charge des maladies chroniques, afin d'en faire une partie intégrante des soins et de la formation des soignants.

## Revue Bibliographique

---

- d'inviter et d'associer les responsables politiques aux réunions nationales et internationales sur l'éducation thérapeutique du patient.
- d'inviter les associations de patients, ainsi que les responsables politiques, à déterminer ensemble des stratégies et des objectifs tenant compte des propositions de ce rapport ;
- d'identifier et de soutenir les institutions d'enseignement capables d'introduire des changements favorables à l'éducation thérapeutique du patient ;
- d'informer régulièrement l'O.M. S des progrès effectués dans l'implantation et le développement de l'éducation thérapeutique du patient ;
- de favoriser l'implantation de l'éducation thérapeutique du patient grâce à : la formation multi professionnelle et intersectorielle des professionnels la réorganisation des institutions de soins.
- de créer des centres de documentation nationaux afin de diffuser les découvertes de la recherche et les résultats de l'éducation thérapeutique du patient.
- de promouvoir l'éducation thérapeutique du patient en tant que compétence complémentaire des soignants.
- de créer des emplois et fonctions d'éducation du patient dans les systèmes de soins.
- de garantir des crédits aux soignants pour faciliter l'accès à la formation.
- de mettre à disposition, par tous les moyens (médias, revues scientifiques, séminaires, conférences, etc.) : des soignants : un système d'information objectif sur les ressources disponibles en matière de formation à l'éducation thérapeutique du patient.

### III.1 Introduction

La psychiatrie est une spécialité à l'interface de multiples disciplines des sciences humaines, sociales et médicales. Par ses spécificités(22), elle s'appuie sur des compétences thérapeutiques relationnelles, une culture de soins Medico-psycho-sociale multidisciplinaire et des patients acteurs de leur soin. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les maladies psychiatriques affectent chaque année une personne sur cinq et certaines d'entre elles (schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et TOC) figurent parmi les dix pathologies.

La psychiatrie ne peut se référer aux mêmes modèles que la médecine somatique. Pour Michel Foucault, « *la pathologie mentale exige des méthodes d'analyse différentes de la pathologie organique* »(23). Il ajoute que « *c'est seulement par un artifice de langage qu'on peut prêter le même sens aux "maladies du corps" et aux "maladies de l'esprit"* ». Un de ses arguments étant que la psychologie n'a jamais pu offrir à la psychiatrie ce que la physiologie a apporté à la médecine.

l'éducation thérapeutique du patient pourraient s'intégrer efficacement aux traitements des patients souffrant de troubles psychiatriques(24).

Cette thérapie éducative a démontré son efficacité pour améliorer la morbidité de la maladie, l'observance du traitement et la qualité de vie du patient en le formant à devenir un acteur privilégié de son soin. Son intégration aux soins psychiatriques ne semble pas à la hauteur des enjeux cliniques ou institutionnels. Il convient de préciser sa spécificité et de s'interroger sur les facteurs qui influencent l'investissement et le développement de cette thérapie en psychiatrie.

### III.2 Finalités de l'éducation thérapeutique du patient en psychiatrie

Sous réserve qu'elle se déroule dans le cadre d'un programme structuré(25), l'ETP participe à l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique), et à l'amélioration de sa qualité de vie et de celle de ses proches.

Les finalités spécifiques de l'ETP en psychiatrie sont l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto soins et la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation (nommées par certains auteurs compétences psychosociales).

L'acquisition de compétences d'auto soins est indissociable de l'acquisition ou de la mobilisation de compétences d'adaptation. Tout programme d'ETP personnalisé doit prendre en compte ces deux dimensions, tant dans l'analyse des besoins, de la motivation du patient et de sa réceptivité à la proposition d'une ETP, que dans la négociation des compétences à acquérir et à soutenir dans le temps, le choix des contenus, des méthodes pédagogiques et d'évaluation des effets.

L'acquisition de ces compétences tout comme leur maintien sont fondés sur les besoins propres du patient. Ces acquisitions se développent au cours du temps grâce à l'ETP. Elles doivent être progressives, et tenir compte de l'expérience de la maladie et de sa gestion par le patient.

La démarche de l'éducation thérapeutique des patients en psychiatrie :

-Élaborer un diagnostic éducatif

-Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage

-Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle ou collective, ou en alternance

-Réaliser une évaluation : compétences acquises, déroulement du programme

Ces étapes (proposées par la HAS) sont synthétisées dans le tableau II.

## Revue Bibliographique

---

**Tableau II: Les quatre étapes de l'éducation du patient, adaptées du modèle de Jean**

<b>Diagnostic éducatif</b>	Compréhension des besoins et des attentes du patient en essayant de comprendre sa vision de la maladie, son parcours de santé, ses habiletés, ses projets, son contexte de vie, etc.
<b>Négociation des objectifs</b>	Hiérarchisation des compétences à acquérir en conservant des buts réalistes que le patient est prêt à accepter ou capable d'atteindre. Ces objectifs thérapeutiques sont liés à des objectifs éducatifs souvent comportementaux ou psychosociaux. Exemple : faire du sport (= objectif éducatif) pour perdre du poids (= objectif thérapeutique). Les objectifs doivent inclure une ou des actions, être évaluables, et être soumis à échéance. Leur formalisation éventuelle constitue un " contrat éducatif «.
<b>Intervention éducative</b>	Mise en jeu de techniques variées et complémentaires, adaptées au type de pathologie mais aussi au profil propre du patient.
<b>Évaluation des résultats</b>	Réalisée avec rigueur à l'échéance du processus éducatif.



# Revue Bibliographique

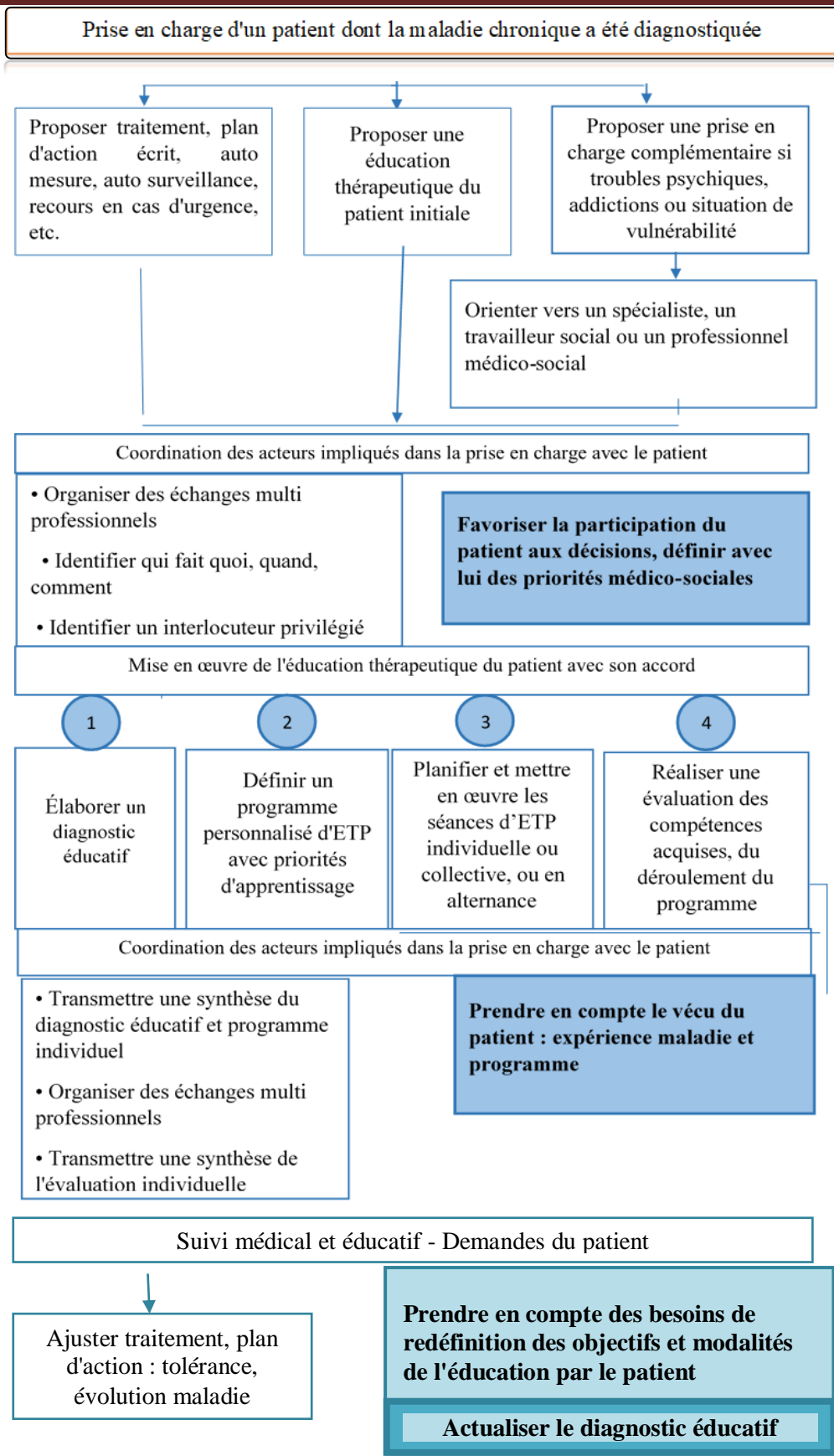


Figure 1 : Synthèse des étapes de la prise en charge du patient sous l'angle de l'éducation thérapeutique

Cette approche intègre l'approche directe globale au niveau du patient et l'aspect de coordination de cette démarche.

Indépendamment de la maladie chronique et des compétences à développer(26), une ETP structurée doit être mise en œuvre à partir d'un programme et d'une planification par étapes.

Un programme structuré d'ETP représente un cadre de référence pour la mise en œuvre du programme personnalisé de chaque patient. Il définit, dans un contexte donné, Qui fait Quoi, pour Qui, Où, Quand, Comment et Pourquoi réaliser et évaluer un ETP (cf. troisième partie du document).

La planification par étapes propose un cadre logique et cohérent pour l'action des professionnels de santé. Chacune des 4 étapes recommandées s'inscrit dans la continuité de la précédente.

### **III.2.1 Le diagnostic éducatif**

La première étape est l'identification des besoins de chaque patient, dont ressortiront, au moyen d'un diagnostic éducatif, les composantes pédagogiques, psychosociales et biomédicales.

Le diagnostic éducatif réitère le principe de la rencontre avec le patient, qu'il soit « connu » ou non des soignants(27). Il s'élabore par une série d'entretiens avec le patient dont la synthèse dite compréhensive est réalisée avec l'ensemble des soignants impliqués dans le processus éducatif. Un diagnostic éducatif répond à plusieurs buts pour être cohérent avec la démarche éducative.

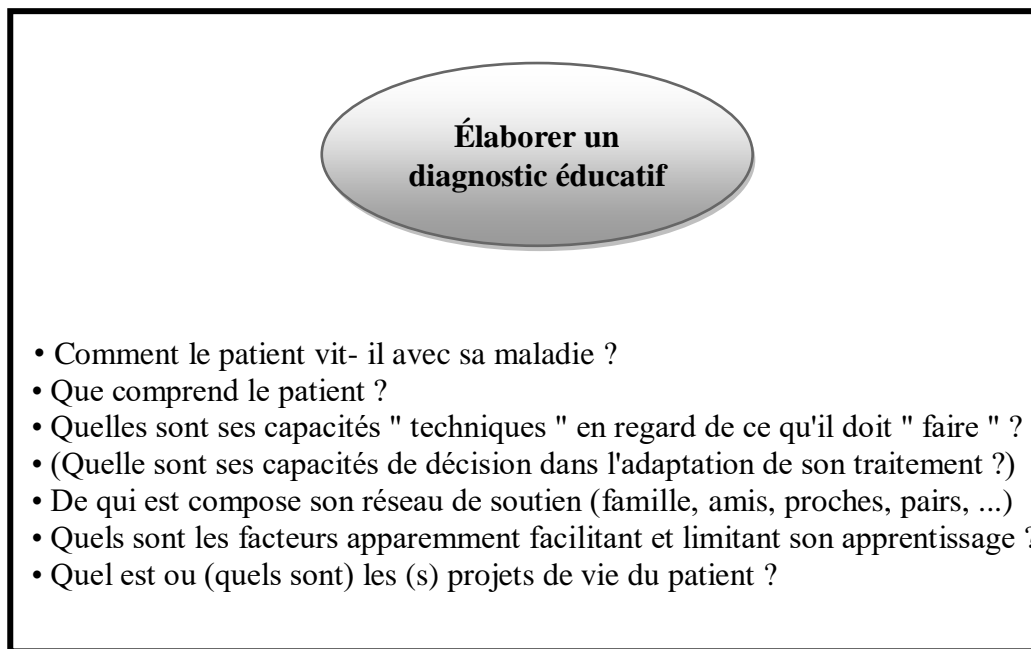


Figure 2 : le diagnostic éducatif

### III.2.2 Les objectifs du diagnostic éducatif

-Appréhender des différents aspects de la vie et de la personnalité du patient

-Identifier ses besoins

-Évaluer ses potentialités

-Prendre en compte ces demandes et son projet

-le diagnostic éducatif permet d'identifier les facteurs facilitant ou non l'éducation (28) , il s'agit d'amener le patient à une réflexion sur ses actes sa pensée pour l'aider

à prendre conscience de ce qu'il sait et l'aider à faire des liens qui prennent sens pour lui

-Le type de questionnement revêt donc une importance particulière

-Le diagnostic éducatif est posé avant tout une éducation et il est itératif

-Il n'est jamais définitif et réajuster en fonction des entretiens successifs

-Il n'est pas exhaustif

-Il repose sur une série d'entretiens

-Il doit fournir une image relativement fiable de la condition d'une personne à un moment donné

-Il doit être le discuter en équipe

Outils opératoire consigné dans le dossier d'éducation

## Revue Bibliographique

**Tableau III : Caractéristiques générales du diagnostic éducatif**

<b>POUR LE PATIENT</b>	<b>POUR LE SOIGNANT</b>
- Favorise la rencontre d'une équipe soignante	- Multi professionnel
- Abord des dimensions importantes en fonction de son désir et de son rythme	- Itératif : s'enrichit, se complète, s'affine à chaque rencontre avec le patient
- Itératif : s'enrichit, se complète, s'affine à chaque rencontre avec le patient	- Centré sur les besoins spécifiques et sur les particularités du patient
- Permet d'établir un lien entre sa pratique et les connaissances qu'il possède et donner sens à l'expérience d'éducation	- Permet de valider les connaissances que possède le patient
- Permet d'exprimer ce qu'il croit	- Apprend à tenir compte des représentations et croyances du patient
- Permet l'engagement dans des projets	- Situe le patient acteur de son éducation
- Considère ses essais- erreurs comme des étapes d'un changement	- Favorise la compréhension des essais- erreurs du patient et des difficultés liées à l'observance thérapeutique
- Développe une réflexion sur ses pratiques de soins	- Apprend à questionner autrement le patient pour l'aider à comprendre ses pratiques de soins
- Autorise l'expression des émotions et favorise sa disponibilité intellectuelle et son écoute	- Permet de prendre en compte l'émotion du patient, la sienne, de les contenir et ainsi lever les obstacles à la rencontre éducative

### **Négociation des objectifs :**

La seconde étape consiste à formuler avec le patient les compétences à acquérir ou à mobiliser et à maintenir au regard de son projet, de la stratégie thérapeutique et de ses priorités, et à les négocier avec lui afin de planifier un programme personnalisé d'ETP, de les communiquer sans équivoque au patient et aux professionnels de santé impliqués dans sa mise en œuvre et le suivi du patient, et de concevoir l'évaluation individuelle sur la base des compétences négociées avec le patient.

Les objectifs sont formulés en termes de savoir (connaissances), de savoir-faire (capacité « technique ») ou de savoir-être (adaptation à la maladie).

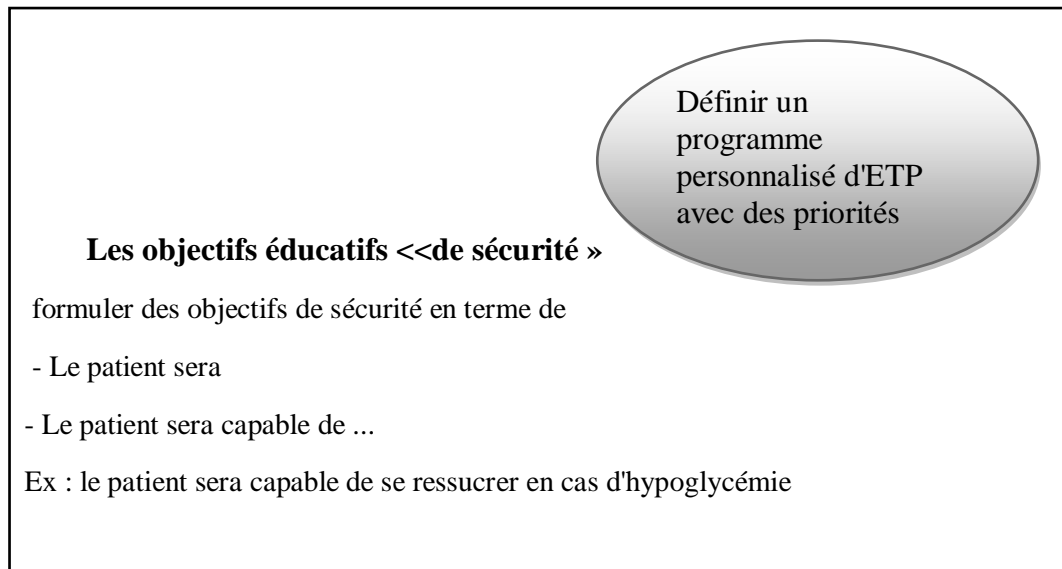


Figure 3: les objectifs de sécurité

### III.2.3 L'intervention éducative :

La troisième étape, consiste à sélectionner les contenus à proposer lors des séances d'ETP, les méthodes et techniques participatives d'apprentissage qui facilitent les interactions et les médiations avec le patient et ses proches pour l'acquisition de compétences, et à mettre en œuvre le programme d'ETP.

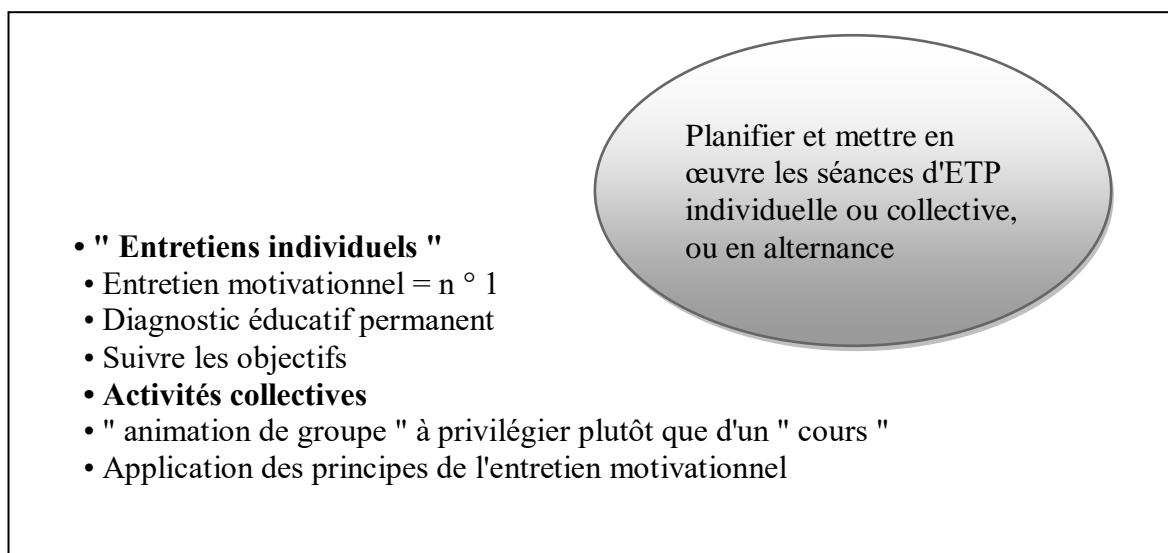


Figure 4: Mise en place de l'ETP

- Séances individuelles d'ETP : La séance d'ETP individuelle se caractérise par un face-à-face avec un seul patient, et éventuellement son entourage. Le thème de la séance et les objectifs éducatifs sont en relation avec le projet du patient et les compétences à acquérir. Les séances individuelles facilitent entre autres l'accès aux séances aux patients ayant une dépendance

## Revue Bibliographique

---

physique, sensorielle ou cognitive ou des difficultés à se trouver en groupe. Elles permettent dans certaines situations une meilleure adaptation à la réalité de vie du patient et à son rythme. La durée d'une séance individuelle d'ETP est en moyenne de 30 à 45 minutes. Elle s'adapte à la complexité de la compétence à acquérir. L'acquisition d'une ou plusieurs compétences lors des séances d'ETP individuelles doit être possible.

- Séances collectives d'ETP : La séance d'ETP collective se caractérise par la présence simultanée de plusieurs patients au même moment. Le thème de la séance et les objectifs éducatifs sont en relation avec le projet du patient et les compétences à acquérir.

Les séances collectives ont comme avantages de rassembler en un même lieu des patients qui ont en commun les mêmes objectifs éducatifs, d'optimiser la disponibilité des ressources et des professionnels qui dispensent l'ETP. Elles sont propices au partage d'expériences et à la transmission des savoirs d'expérience. Elles permettent des échanges entre les participants, et par leur convivialité elles sont susceptibles de rompre l'isolement et d'augmenter la réceptivité du patient à la démarche d'éducation. Le nombre de participants peut être modulé selon le type proposé d'activité éducative, la complexité de la compétence à acquérir, la participation des proches aux séances. La taille du groupe doit permettre une bonne connaissance de chaque patient par le soignant qui réalise l'activité d'éducation thérapeutique, afin de personnaliser au cours de la séance le contenu de l'éducation thérapeutique au projet de chaque patient, et favoriser les échanges entre les participants. La durée de chaque séance doit être suffisante pour, selon l'objectif poursuivi, permettre le développement des compétences et une mise en pratique par le patient. Elle doit être adaptée au thème abordé, au public concerné et à la technique éducative utilisée.

### III.2.4 Évaluation des résultats :

La quatrième étape est celle de l'évaluation des compétences acquises par le patient (acquisition de compétences, adaptation, changements mis en œuvre dans la vie quotidienne), du déroulement et de la pertinence du programme, indiquant ainsi au patient et aux professionnels de santé ce que le patient sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir, la manière dont il s'adapte à ce qui lui arrive.

L'évaluation de programme vise elle à améliorer le processus d'E.T.P(29): sa conception, son organisation, sa réalisation ,son évaluation même).

- Elle sert à pratiquer des réajustements ou des réorientations des pratiques professionnelles.

### LES PRINCIPES de L'EVALUATION en ETP :

L'évaluation mobilise des critères et des indicateurs d'ordre(30) : Biologiques, Cliniques, Pédagogiques, Organisationnels et Sociaux. C'est la mise en lien de ces critères en questionnement, décision à prendre qui caractérise la réflexion évaluative.

- Evaluer ce n'est pas seulement mesurer l'atteinte des objectifs fixés, mais aussi mesurer un ensemble de transformations attendues ou non.

Toute évaluation dans le domaine de l'E.T.P est aussi un acte thérapeutique puisque le patient participe à l'analyse des résultats ainsi qu'aux décisions thérapeutiques et éducatives.

De la même façon il devrait participer au choix du moment, des conditions, des outils et être renseigné sur le résultat des différentes évaluations.

Les étapes suivantes « dites » de suivi, viseront à adapter les démarches éducatives en fonction de l'évolution tant médicale, que sociale, que professionnelle ou affective du patient.

Le diagnostic éducatif et la démarche d'ETP se révèlent donc être des processus absolument dynamiques

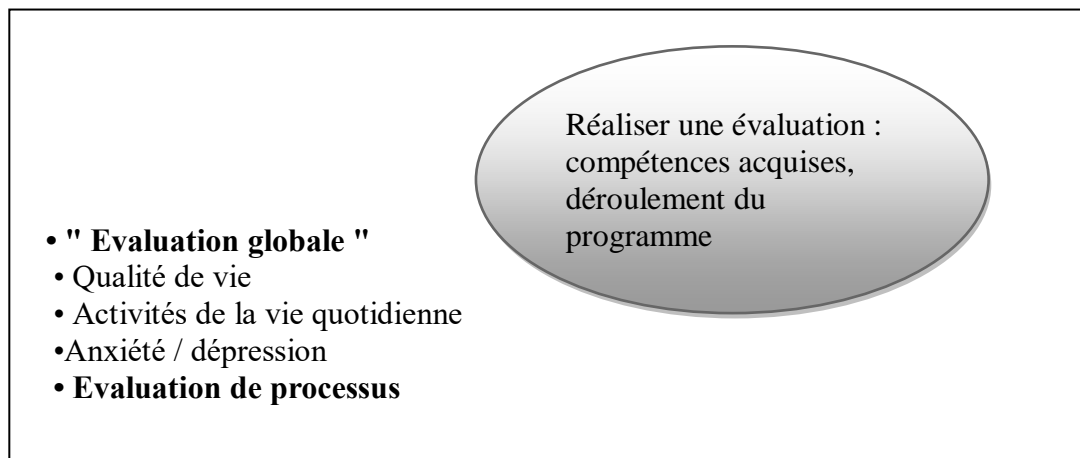


Figure 5 : Evaluation de l'approche d'éducation thérapeutique

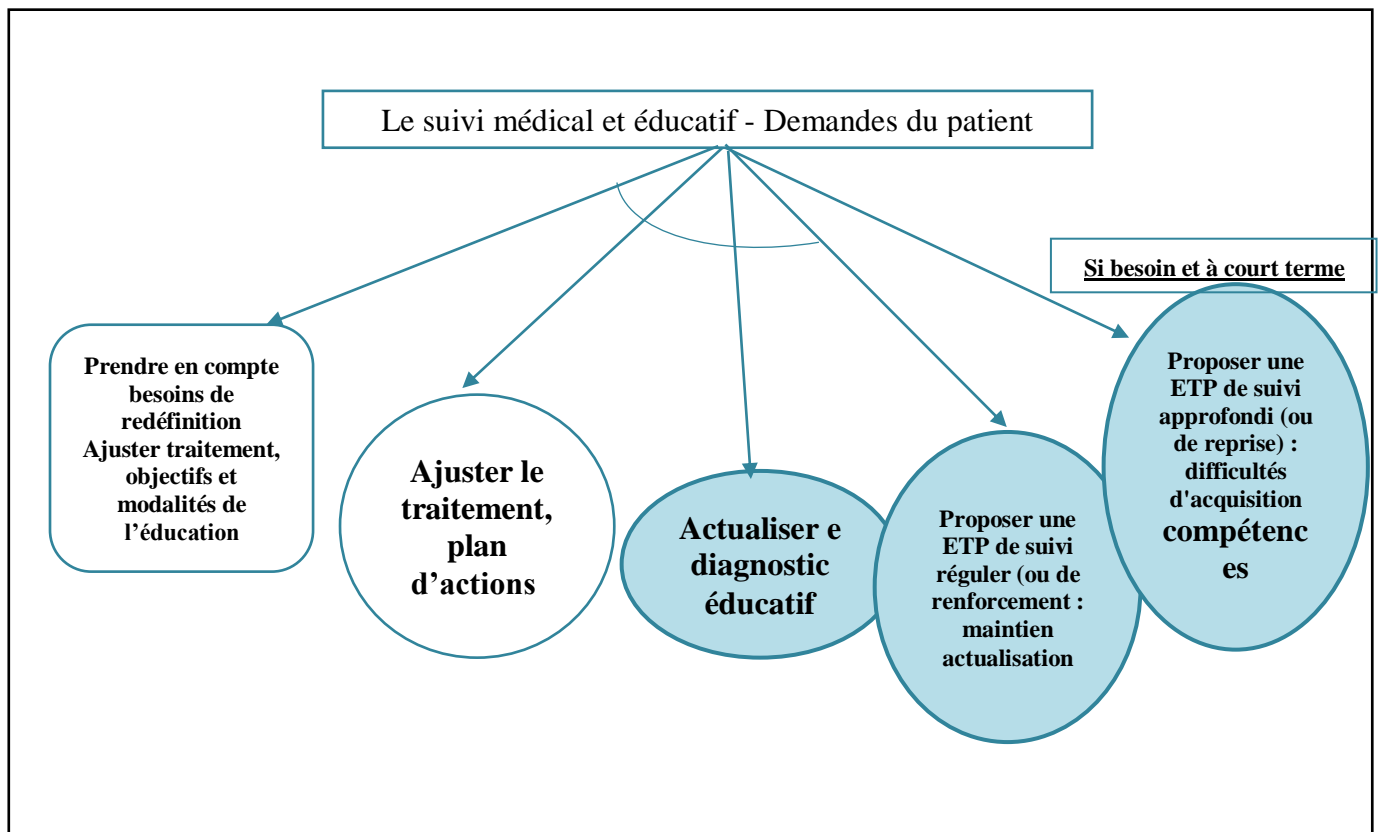


Figure 6 : Suivi de l'ETP

### Chapitre IV : Le rôle du pharmacien dans l'éducation thérapeutique en psychiatrie

L'éducation thérapeutique se fonde sur la pluridisciplinarité(31) .À ce titre, le pharmacien a toute sa place dans une équipe éducative, qu'il exerce en milieu officinal ou hospitalier. Par son expertise du médicament.

Tout d'abord, il peut apporter à l'équipe et au patient ses connaissances sur la gestion d'un traitement médicamenteux dans une maladie chronique.

Afin que le patient adhère à sa prise en charge thérapeutique, il doit comprendre quels sont les médicaments prescrits, quel est leur rôle, mais aussi quels en sont les bénéfices et les risques.

Le pharmacien pourra également être un médiateur du patient entre le système de soins et sa vie quotidienne, en l'aidant à intégrer son traitement à celle-ci. Par exemple, la négociation d'un plan de prise, prenant en compte les contraintes et habitudes de vie, le soutien à la gestion logistique des médicaments ou à l'adaptation aux situations inhabituelles (voyage,



## Revue Bibliographique

---

décalage horaire, oubli...) peuvent participer à l'accompagnement de la personne dans la maladie chronique et relèvent du rôle du pharmacien(32).

L'éducation thérapeutique peut même être conçue comme un prolongement du service pharmaceutique rendu au patient, en complément d'autres activités comme la conciliation médicamenteuse ou l'analyse pharmaceutique afin de contribuer à la sécurisation du parcours de soins(33). L'association d'une démarche éducative à une optimisation de la thérapie médicamenteuse par un pharmacien a montré une amélioration significative de l'adhésion et des résultats cliniques(34, 35). De plus, l'intégration à une équipe éducative peut se révéler, pour le pharmacien, un vecteur d'intégration à une équipe de soins, grâce à la reconnaissance de son rôle d'expert du médicament et à l'amélioration de la communication entre les professionnels.

De nouveaux projets de pharmacie clinique peuvent découler de la coopération entamée lors d'un programme d'ETP. L'investissement dans un programme nécessite toutefois l'acquisition des compétences requises pour la pratique de l'ETP, via une formation initiale de 40 heures à minima, et l'adoption d'une posture éducative.

L'ETP ne se résume pas à la simple délivrance d'une information "générique", elle est adaptée au patient grâce à l'évaluation préalable de ses besoins. L'apprentissage de nouvelles techniques (écoute active, renforcement de la motivation...) est nécessaire afin de pratiquer au mieux les activités éducatives.

### **IV.1 Les taches du pharmacien dans le cadre de l'ETP :**

Le pharmacien est un acteur essentiel dans la prise en charge de la maladie mentale en général et de la schizophrénie en particulier. Lorsqu'elle peut avoir lieu, l'approche éducative reposant sur l'alliance thérapeutique entre le pharmacien et le patient est très profitable(36).

L'ETP implique souvent le pharmacien exerçant dans un établissement spécialisé en santé mentale (37). L'intérêt de sa participation est reconnu depuis longtemps : dès les années 1970, des modules d'information et de gestion des traitements médicamenteux ont été mis en place dans certains hôpitaux, incluant même la visite de la pharmacie par les patients et une permanence pharmaceutique téléphonique destinée à répondre à leurs questions. La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009 a dynamisé ce processus. Avant, les pharmaciens d'officine étaient peu impliqués dans les projets d'ETP. Depuis que cette loi a été étendue à toutes les pathologies chroniques et qu'un décret d'application concernant les programmes d'ETP a été promulgué (38), ils peuvent trouver leur place aux côtés des

## Revue Bibliographique

---

médecins et des autres professionnels de santé (16, 39). Car la pharmacie peut devenir une scène d'apprentissage de compétences pour les patients/clients.

Selon l'Ordre national des pharmaciens, plus d'un millier de pharmaciens seraient partenaires de programmes d'ETP. L'officiel peut être sollicité par le promoteur d'un projet d'ETP (hôpital, centre de soins de suite et de réadaptation, réseau de santé, médecin, etc.) ; il peut aussi demander à une structure prenant en charge tel de ses clients ou tel type de maladie chronique s'il existe un programme d'ETP auquel il puisse contribuer et s'impliquer, s'agissant de maladie mentale, dans des ateliers d'éducation au médicament organisés fréquemment dans les centres médicopsychologiques (CMP, figure 7)

---

En France, plus de 80 % des patients psychiatriques sont suivis dans des structures extra - hospitalières, les centres médico psychologiques (CMP, anciens dispensaires d'hygiène mentale). Ces unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires, d'orientation et d'interventions à domicile. Qu'il soit isolé, situé dans un lieu offrant d'autres dispositifs médicaux ou sociaux, ou inclus dans un centre de santé mentale qui peut comprendre un hôpital de jour ou un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), le CMP est le premier interlocuteur pour la population (patients, familles, proches) et les acteurs sanitaires et sociaux de la zone géographique concernée dans le domaine de la psychiatrie. Ceci implique que chaque professionnel de la santé, notamment le pharmacien, ait connaissance de son existence.

---

Le CMP est aussi un lieu de réception des signalements de situations ressenties comme urgentes, critiques ou dangereuses, auxquels il répond en s'associant aux personnes concernées (familles, voisins, centre d'action sociale, maisons de retraites, commissariat ...). L'équipe pluridisciplinaire du CMP travaille en suivi avec les autres équipes du secteur psychiatrique. Un CMP peut proposer des thérapies individuelles, familiales ou de groupe, des entretiens individuels ou familiaux, des guidances médicamenteuses, des groupes d'éducation thérapeutique, des suivis avec une assistante sociale, etc.

---

Figure 7 : CMP

La prescription de médicaments constitue une réponse souvent prioritaire face à la maladie mentale : ainsi, en Australie, 11 % des prescriptions concernent directement des patients souffrant d'une telle affection (40). Le pharmacien est le professionnel de santé le plus accessible, grâce à sa proximité et au fait qu'il est possible de le rencontrer sans rendez-vous : il est donc logique qu'il soit fréquemment consulté pour donner des conseils sur les

## Revue Bibliographique

---

médicaments psychoactifs (40). Il peut constituer en cela un référent, à même de repérer les clients présentant des difficultés liées à une pathologie mentale chronique ou passagère, capable de délivrer un conseil adapté afin qu'ils bénéficient d'une consultation, voire de prévenir les services sociaux ou le psychiatre traitant du patient ainsi que cela se fait en Australie. Les conseils dispensés par le pharmacien peuvent améliorer l'observance à la prescription chez le malade mental (41) et le commentaire de l'ordonnance contribue souvent à améliorer l'usage du médicament (42). Encore faut-il que l'interaction entre le pharmacien et le patient favorise l'échange : s'agissant d'un patient schizophrène, celle-ci est sûrement plus difficile à étayer.

### **Motivation, empathie, connaissance**

Si le pharmacien rencontre souvent des personnes atteintes de maladie mentale, il ne leur consacre généralement pas assez de temps. De plus, n'ayant pas la connaissance de leur parcours thérapeutique que peut avoir le psychiatre ou l'infirmier spécialisé, il se sent moins impliqué dans leur prise en charge (40, 43). Cette carence est parfois ressentie de façon douloureuse par ces patients particulièrement sensibles : des enquêtes témoignent d'une certaine insatisfaction dans la qualité et la quantité des informations qui leur sont délivrées et d'un réel besoin de conseils ; de plus, le professionnalisme du pharmacien peut trouver ses limites dans une certaine stigmatisation et un manque d'empathie (43, 44).

### **Motivation personnelle**

Des observations canadiennes révèlent que le pharmacien est moins à l'aise avec un patient malade mental qu'avec un patient atteint d'une pathologie cardiovasculaire (43, 45) ; de même, les pharmaciens finnois sont moins enclins à renseigner sur les médicaments psychotropes que sur huit autres catégories de médicaments. L'attitude des professionnels de la santé peut constituer une barrière à l'amélioration de la qualité des soins pour les personnes atteintes de maladies mentales. Cette attitude revêt une telle importance que certains malades sont réticents à solliciter de l'aide lorsque des symptômes surgissent (46) : ainsi, aux États-Unis, jusqu'à deux tiers des personnes atteintes d'une maladie mentale ne souhaitent pas être traitées par peur de la stigmatisation (47).

### **Empathie pour le patient**

Des croyances tenaces font tenir comme difficile le dialogue avec les patients malades mentaux car ceux-ci ont des ressentis particuliers et peuvent être sujets à des réactions imprévisibles qui contribuent à accentuer la distanciation sociale – définie comme une relative incapacité à s'associer ou à entrer en contact – et la pérennisation d'une stigmatisation (48). Le pharmacien, en préalable à toute communication avec un patient schizophrène, doit

## Revue Bibliographique

---

manifester de l'empathie et essayer de comprendre ce qu'il sait, ce qu'il croit, ce qu'il ressent de sa maladie (Tableau 4).

**Tableau IV : De l'apathie à l'empathie : le spectre des interactions entre le pharmacien et le patient schizophrène**

<b>Attitude du pharmacien</b>	<b>Vécu par le pharmacien de l'émotion du patient</b>	<b>Niveau d'écoute</b>	<b>Niveau d'écoute de compréhension</b>	<b>Niveau d'aide</b>
Apathie	Ignorée	0	0	0
Antipathie	Combattue, critiquée	+	0	0
Sympathie	Partagée	+	+	0
Empathie	Compris	+	+	+

Il doit reconnaître au patient le droit d'avoir ses pensées et ses émotions, et accepter son point de vue (sans l'approuver systématiquement). Les contacts, lorsqu'ils sont positifs et étayés, contribuent à diminuer la stigmatisation et à accroître l'empathie car une meilleure connaissance du patient et de sa maladie va de pair avec une attitude positive à son égard et avec une amélioration de l'aide apportée (49). Le regard et les préjugés des pharmaciens seniors et des étudiants en pharmacie sont globalement analogues (50) : l'enseignement universitaire ne modifie pas la distance sociale si les éventuels contacts avec la réalité clinique et la problématique propre au patient schizophrène n'ont lieu qu'au sein d'institutions. Cette distance est réduite, en revanche, lorsque le contact se fait aussi en officine et ce, d'autant plus que le pharmacien a été antérieurement sensibilisé à l'approche clinique de la maladie mentale, par la fréquentation, par exemple, de structures de soins psychiatriques (51). Il importe que le pharmacien, pour conseiller utilement le patient et s'investir dans une démarche d'ETP efficace et adaptée, sache reconnaître la valeur de l'expérience sensible de la maladie exprimée par la personne et la prenne en compte. Négliger cette dimension se traduit par une inadéquation du conseil, de l'accompagnement et, au final, par une insatisfaction du besoin exprimé par le patient et par une augmentation de la distance sociale (figure 8).

Il doit reconnaître au patient le droit d'avoir ses pensées et ses émotions, et accepter son point de vue (sans l'approuver systématiquement). Les contacts, lorsqu'ils sont positifs et étayés, contribuent à diminuer la stigmatisation et à accroître l'empathie car une meilleure

## Revue Bibliographique

---

connaissance du patient et de sa maladie va de pair avec une attitude positive à son égard et avec une amélioration de l'aide apportée (49). Le regard et les préjugés des pharmaciens seniors et des étudiants en pharmacie sont globalement analogues (50) : l'enseignement universitaire ne modifie pas la distance sociale si les éventuels contacts avec la réalité clinique et la problématique propre au patient schizophrène n'ont lieu qu'au sein d'institutions. Cette distance est réduite, en revanche, lorsque le contact se fait aussi en officine et ce, d'autant plus que le pharmacien a été antérieurement sensibilisé à l'approche clinique de la maladie mentale, par la fréquentation, par exemple, de structures de soins psychiatriques (51). Il importe que le pharmacien, pour conseiller utilement le patient et s'investir dans une démarche d'ETP efficace et adaptée, sache reconnaître la valeur de l'expérience sensible de la maladie exprimée par la personne et la prenne en compte. Négliger cette dimension se traduit par une inadéquation du conseil, de l'accompagnement et, au final, par une insatisfaction du besoin exprimé par le patient et par une augmentation de la distance sociale (figure8).

Pour être constructif et collaboratif, le rapport entre le pharmacien et le patient schizophrène doit être :

- **empathique** : savoir se mettre à la place du client ;
- **authentique** : être à l'aise avec le malaise du client ;
- **chaleureux** : avoir réellement envie d'aider le client ;
- **professionnel** : avoir des compétences suffisantes et actualisées

Connaissance de la maladie

Figure 8 : Pharmacien - patient schizophrène : un rapport collaboratif

La schizophrénie est une maladie mentale stigmatisante et stigmatisée (47), mais ceci n'est pas reflété dans les enquêtes menées auprès des pharmaciens : ils tiennent fréquemment les maladies mentales comme équivalentes, ce qui traduit une connaissance insuffisante de leur symptomatologie et de leurs conséquences (50). Le pharmacien devrait bénéficier d'une meilleure connaissance des spécificités des maladies mentales en général et de la schizophrénie en particulier, au travers de l'enseignement universitaire, de stages effectués dans des services cliniques, mais aussi de la formation continue. La psychiatrie gagnerait à être mieux enseignée dans les facultés de pharmacie où, souvent, le discours professoral est limité au médicament psychotrope sans que soient abordés le vécu subjectif de la maladie mentale ou la perception qu'un patient peut avoir de son traitement (50). L'enseignement de la pharmacie est moins pragmatique en France que dans les pays anglo-saxons où l'étudiant

## Revue Bibliographique

---

bénéficie d'un entraînement à la communication verbale, en plus de connaissances cliniques ; cet enseignement, toutefois, ne comprend pas nécessairement de module spécifiquement adapté au patient atteint d'une maladie mentale. L'insuffisance des connaissances en psychologie médicale peut expliquer la "barrière" entre le pharmacien et le client malade mental, de la même façon que pour d'autres professionnels de la santé impliqués dans les soins aux malades mentaux (52).

### **Une communication adaptée**

S'il réduit la symptomatologie et la fréquence des rechutes, le traitement antipsychotique ne suffit pas à permettre au patient schizophrène de bénéficier d'une insertion sociale suffisante : il est donc indispensable de lui permettre de développer des compétences psychosociales supplémentaires. Le pharmacien est impliqué dans l'acquisition de celles qui permettent de mieux comprendre la prescription médicamenteuse et d'y adhérer. Mais il doit avant tout attacher une attention particulière à la communication (Figure 9 et 10). Le pharmacien veillera à la qualité de la communication non-verbale, chargée en messages émotionnels ou affectifs : mimiques, regards, gestuelle comptent pour le patient schizophrène. Cette communication doit être cohérente avec le discours verbal (éviter d'évoquer un traitement antipsychotique injectable en faisant des gestes évocateurs d'une coercition ou d'une violence).

## Revue Bibliographique

---

- Bien qu'ils ne soient évidemment pas spécifiques au patient schizophrène , certains conseils revêtent une importance particulière dans cette situation car ce client est sensible à des détails dans l'attitude et dans l'accueil qui restent négligés par les autres
- ◆Le prendre en considération dès son entrée dans l'officine , en lui adressant un regard , un sourire , un salut bienveillant .
  - ◆Aller à sa rencontre s'il reste dans l'entrée .
  - ◆Personnaliser le " bonjour " si le patient est connu ( par exemple : « Bonjour madame Dupont , comment allez vous ? » ) , et lui serrer la main en le regardant.
  - ◆Dégager une attitude authentique , empathique , attentive , humaine .
  - ◆Accepter d'éventuelles " bizarreries " ( attitude , vêtements , etc. ) sans évaluer et sans juger .
  - ◆Être disponible pour une écoute inconditionnelle et une attitude corporelle propice à l'échange .
  - ◆Ne pas oublier qu'un objectif de " rentabilité " ne trouve évidemment pas sa place dans l'accueil d'un patient schizophrène .

---

Figure 9 : Accueillir le patient schizophrène, quelques conseils

- L'attitude générale importe beaucoup , d'autant que le patient schizophrène peut tenir comme preuve d'agressivité ou pour le moins d'indifférence une attitude vécue en général comme neutre .
- ◆**Attitude nuisant à la communication** : vouloir diriger , commander ; menacer , même indirectement ; être sarcastique , ironique , insinuer ; évaluer le patient , le critiquer , le blâmer , le juger ; interpréter sa demande ou son discours ; être évitant par rapport à la demande , sembler distrait ou se laisser distraire .
  - ◆**Attitude favorisant la communication** : être amical dans l'expression du visage et des gestes- mettre en œuvre un langage corporel propice à l'échange et à la communication- ; faire preuve d'empathie en manifestant une capacité à se mettre à la place de l'autre- « Cela doit être effectivement difficile à vivre pour vous » > -- ; être précis et clair dans le propos - apporter une information à la fois dans une phrase- ; formuler une seule demande à la fois dans une question .

---

Figure 10 : Communiquer avec le patient schizophrène

Comme vis-à-vis de tout patient, l'écoute du pharmacien doit être active et réflexive. Il importe de regarder le patient lorsqu'il parle, de se montrer concerné en posant des questions de clarification, d'opiner de la tête en signe de bonne compréhension et de suivi du discours, de souligner l'émotion qu'il cherche à traduire (par exemple : « Vous semblez triste quand vous me dites que... », « Je crois que vous êtes en colère car... », « J'imagine que vous avez peur que... »). Il est bon d'utiliser un ton rassurant, convaincant, clair, adapté (discours émaillé d'exemples concrets) et de faire de brèves synthèses : redire en d'autres termes (synonymes),

D'une manière concise (éviter les périphrases) ou plus explicite ce que le client exprime pour souligner la volonté de le comprendre et de l'aider à se faire comprendre (par exemple, « Si je vous comprends, vous êtes ennuyé car vous êtes constipé depuis quatre jours... »). Il est conseillé de reprendre le propos sans se l'approprier et sans interpréter le sentiment du client, son ressenti, pour éviter toute éventuelle hostilité ou méfiance. Les phrases doivent être commencées par des formules de type : « Si j'ai bien compris, vous me dites que... », « Vous voulez donc me signaler que... ». La reprise de ce qui vient d'être dit sous forme d'une interrogation ou d'une affirmation interrogative, ou la relance de l'un des mots énoncés en l'accentuant encourage le patient à poursuivre son discours. La compréhension des messages doit être vérifiée en invitant le client à les reformuler. Il faut accepter et utiliser les silences, laissé le patient réfléchir, et, finalement, reformuler l'essentiel des questions et des réponses en guise de conclusion. Par exemple : « Vous m'avez dit que le traitement rend vos yeux secs et douloureux. Je vous ai expliqué que ceci n'est pas rare avec le médicament que vous prenez. Je peux vous proposer une réponse : l'usage de ces gouttes qui vont humidifier vos yeux. Elles réduiront ainsi l'inconfort dont vous vous plaignez ». Cette démarche a été C'est la règle des "4R" (figure 11).



<p>. La conversation avec un patient atteint de schizophrénie doit toujours rester simple. Elle doit, comme pour d'autres patients et face à d'autres attentes, respecter autant que possible les principes formulés par un médecin spécialiste, Charly Cungi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• recontextualiser : replacer les éléments du discours du patient dans leur contexte</li><li>• reformuler : répéter en utilisant les propres mots du patient ;</li><li>• résumer : résumer le propos du patient ;</li><li>• renforcer : reconnaître et souligner la problématique exprimée par le patient. Un point mérite d'être souligné : le patient schizophrène, notamment s'il a déjà bénéficié de programmes de psychoéducation institutionnels, aime à utiliser des termes médicaux pour décrire ses symptômes. Ces termes sont fréquemment détournés de leur sens ou appliqués à des situations inadaptées. Il est donc nécessaire de l'inviter à reformuler,</li></ul>	<p>À l'aide de périphrases ou d'autres termes, les symptômes, de façon à vérifier qu'ils correspondent à la réalité et à réellement comprendre son propos.</p> <p>Exemple de conversation :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• le client : « En venant à la pharmacie, j'ai juste rencontré ma cousine. Elle déménagera le mois prochain car elle a trouvé un emploi près de Paris ... » &gt; ;</li><li>• reformuler : répéter en utilisant les propres mots du patient ;</li><li>• résumer : résumer le propos du patient ;</li><li>• renforcer : reconnaître et souligner la problématique exprimée par le patient.</li><li>• le pharmacien : « Si j'ai bien compris, vous venez donc de croiser votre cousine près d'ici. C'est cela ? Vous dites qu'elle vous a annoncé son déménagement. Ce déménagement est lié au fait qu'elle a trouvé un travail près de Paris ? Ai-je bien compris ce que vous m'avez dit ? Vous semblez ennuyé en me disant cela ... pourquoi ? »</li></ul>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Figure 11 : La règle des 4R

Selon Rijcken et al., le soin pharmaceutique dans le cas de la psychiatrie se décrit par les tâches suivantes (53) :

- D'apporter une information et des conseils sur les médicaments ;
- Déréaliser une revue de ses traitements médicamenteux ;
- De promouvoir et suivre l'observance ;

## Revue Bibliographique

---

-De suivre les résultats cliniques et la survenue d'effets indésirables.

Mais si on parle des tâches du pharmacien, est-ce que les patients psychiatriques ont besoin de ce soin ?

Il y a seulement une étude, de 2003, sur ce sujet (Rijcken et al. Pays-Bas). L'auteur a demandé aux patients et à leur famille comment les pharmaciens pouvaient aider les schizophrènes dans leur traitement. Elle a trouvé que plus de 60 % des patients schizophréniques et leur famille auraient souhaité davantage d'informations sur le traitement médicamenteux et que deux tiers des patients auraient apprécié un service de rappel pour leurs prescriptions (54).

Si les pharmaciens dans la communauté, mais aussi dans les hôpitaux, doivent pratiquer ce soin pharmaceutique pour les patients psychiatriques, il y a un nombre de conditions à respecter. La plupart d'entre elles sont aussi nécessaires pour le soin pharmaceutique dans d'autres états pathologiques. Mais certaines sont spécifiques de la psychiatrie :

### **La connaissance de la pathologie et du traitement de la maladie mentale**

Une base de coopération avec les généralistes.

Un contact avec les psychiatres et les services de psychiatrie.

Des moyens (locaux) pour des consultations privées avec possibilité d'avoir un recours en cas d'agression.

Des moyens techniques pour le suivi de l'observance.

Et de préférence : un contact avec des groupes sociaux des patients, par exemple, les associations de patients.

### **L'accompagnement du patient en officine : évaluation des obstacles du traitement et observance thérapeutique :**

Les personnes atteintes de maladies mentales et leurs proches ont déclaré de préférer la communauté aux soins hospitaliers. Cependant, les inconvénients de vivre dans la communauté ont de faibles contacts sociaux (par rapport à ceux disponibles dans les grands séjours hospitaliers de longue durée), faire face à la stigmatisation potentielle des problèmes de santé mentale être connaître sa maladie (53).

Pour la schizophrénie, la pharmacothérapie forme la plus courante de traitement et les patients doivent faire face à la gestion de leur médicament et les effets indésirables potentiellement invalidants. En conséquence, les prestataires de soins sont mis au défi de

## Revue Bibliographique

---

développer des services appropriés dans la communauté pour répondre à ces préoccupations (55).

### **Soins pharmaceutiques envers le patient :**

Dans le tableau 1, des activités sont décrites, qui peuvent être mises en œuvre en tant qu'une prise en charge pharmaceutique de la schizophrénie. Des recherches antérieures ont révélé que l'un des aspects les plus importants est la prestation suffisante des informations détaillées sur les médicaments antipsychotiques(54, 56). Informer les patients et leurs proches sur leurs maladie peut améliorer leurs confiance au soignants et aux type de médicaments prescrit(57). Cependant un accord général entre le psychiatre et le pharmacien concernant les informations délivrés aux patients est souhaitables, afin d'éviter la fourniture d'informations contradictoires. De plus, une attention particulière doit être portée sur l'information au début de l'utilisation des antipsychotiques. Il a été prouvé que des informations orales et écrites combinées, de préférence répété plusieurs fois, peuvent améliorer la compréhension du besoin d'observance thérapeutique (58, 59). Ce qui génère une diminution des rechutes à long terme, Le pronostic peut s'améliorer. Ainsi, des sources d'information concernant à la fois le traitement médical et psychosocial de la schizophrénie sont des services recommandés pour le patient et ses proches.

Tableau V : La notification des effets indésirables

La demande du patient	Pharmacies ' services
<b>Informations détaillées</b>	Discuter les instructions d'utilisation lors de la première administration de médicaments antipsychotiques - Communication élaborée (écrite) concernant le rôle du pharmacien dans les soins aux personnes atteintes de schizophrénie
<b>Discuter avec le patient les difficultés liées au traitement</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Créer une possibilité discrète de lire des ouvrages de référence sur les soins de la schizophrénie et la consommation des médicaments</li><li>- Créer la possibilité d'acquérir des informations sur l'ensemble de patients et d'autres prestataires de soins de santé</li><li>- Heures de consultation des pharmaciens pour les problèmes de santé mentale<ul style="list-style-type: none"><li>- Faciliter les schémas thérapeutiques complexes en évaluant les profils</li></ul></li></ul>
<b>La déclaration des effets indésirables</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>médicamenteux et, si possible, en les remplaçant par des formes posologiques plus simples</li><li>- Mettre l'accent sur l'importance de l'observance thérapeutique et proposer des moyens d'améliorer et de maintenir cette observance</li><li>- Contribuer à la réduction de la consommation inutile ou superflue de psychotropes</li></ul>
<b>Surveillance de l'utilisation correcte des antipsychotiques</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Indication active aux patients de la possibilité de signaler (anonyme ou en privé) des effets indésirables.</li><li>- Discuter des risques d'apparition d'effets indésirables et des moyens de faire face à ces effets</li></ul>

Des études antérieures ont révélé que le patient atteint de schizophrénie n'est relativement pas au courant du soutien spécifique qu'une pharmacie communautaire peut l'offrir(54). Pour impliquer plus fréquemment les patients dans les soins pharmaceutiques, les pharmaciens devraient porter minutieusement leurs activités professionnelles à l'attention des patients et des prestataires de soins de santé mentale. Premièrement, les associations de patients doivent être informées régulièrement sur les activités pharmaceutiques en cours. Il y a plusieurs organisations qui concentrent leurs activités à la fois sur les patients atteints de schizophrénie et leurs proches. Ces associations font le plus souvent des réunions périodiques et publient leurs propres magazines, qui présentent un moyen de transmission, des renseignements sur la pharmacie.

Pour commencer, lors du premier contact avec un psychiatre ou lors de la sortie d'hospitalisation, des informations détaillées sur le rôle de la pharmacie peuvent être présentés aux patients. Étant donné que la plupart des patients doivent poursuivre un traitement (antipsychotique) pendant une longue période de temps,

Les activités de toutes les disciplines des soins de santé mentale doivent être clairement communiquées, afin d'optimiser le traitement multidisciplinaire.

Enfin, les moyens de communication numériques, comme Internet et le courrier électronique, peuvent familiariser le patient avec le rôle du pharmacien. En général, les connaissances et la perspicacité des patients atteints de schizophrénie est positivement influencée par la formation supplémentaire sur ordinateur(60). De plus, des enquêtes récentes suggèrent que les groupes de discussion peuvent être un outil de communication précieux pour les patients afin d'éviter la ré hospitalisations

Des enquêtes antérieures parmi des patients atteints de la schizophrénie et leurs proches ont révélé qu'ils étaient satisfaits de recevoir des rappels de leur pharmacien en cas d'ordonnances non réclamées.

### **Signalement des effets indésirables**

Les pharmaciens doivent déclarer les effets indésirables au fondation de pharmacovigilance (61). Les pharmaciens communautaires sont

Responsables de 40 % de ces déclarations volontaires, tandis que les médecins constituent

Les 60% restants. Les effets indésirables sont détectés par des déclarations spontanées de patients ou par la vigilance du pharmacien ou du médecin. Dans le cas de la schizophrénie, la plupart des patients présentent les effets secondaires à leurs psychiatres traitants, qui vont prendre des mesures pour soulager les symptômes.

## Revue Bibliographique

---

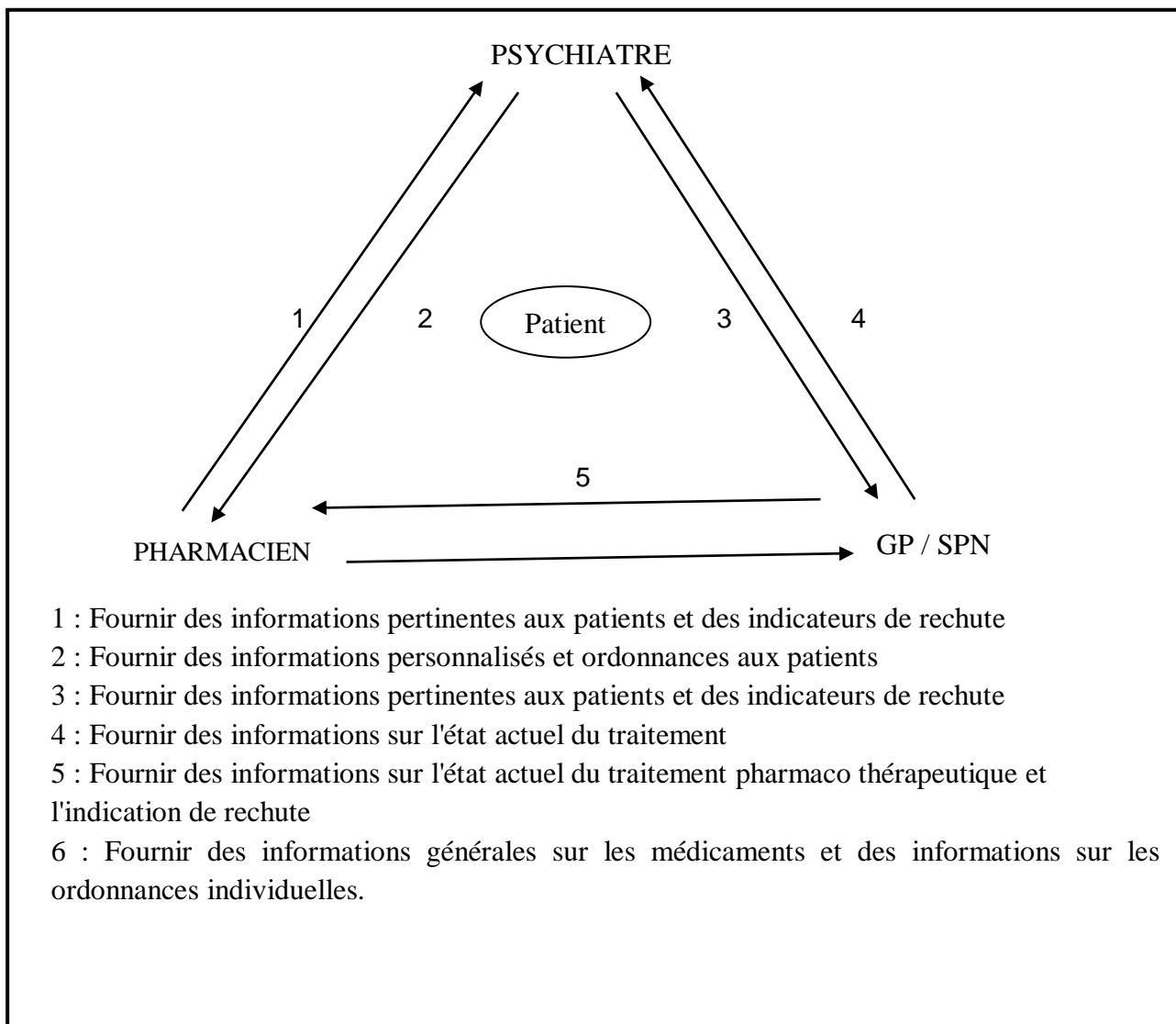
Cependant, les patients ne sont pas toujours satisfaits de l'attention portée à leurs effets secondaires ressentis (54). 25 à 60 % des effets indésirables est un motif de non observance (62). La déclaration d'effets secondaires dus à l'utilisation d'antipsychotiques se produit seulement sporadiquement dans les pharmacies communautaires (54). Ce phénomène peut non seulement être due à la connaissance limitée des patients de la possibilité de signaler les effets indésirables à leur pharmacie, mais aussi, de la nature de ces effets indésirables qui peuvent empêcher les patients de signaler ces symptômes. Par exemple :

la dysfonction sexuelle due à la consommation de drogues a une prévalence élevée chez les patients sous antipsychotique n'est cependant pas signalé régulièrement à la Fondation de pharmacovigilance(63) .

Étant donné que l'expérience continue d'effets indésirables peut éventuellement conduire à l'arrêt du traitement sans l'approbation des psychiatres, les pharmaciens peuvent aider à fournir ces moyens par la réalisation des consultations personnelle, des consultations informatisées ou communication écrite. En conclusion, il est important de signaler l'ensemble des effets indésirables aux pharmaciens et médecins traitant.

### **Conseiller, prescrire et auditer la pharmacothérapie rationnelle en Schizophrénie :**

L'un des aspects les plus importants de la prise en charge de la schizophrénie est de placer le patient au centre des soins de santé, en se concentrant de manière égale sur la maladie par l'action de tous les fournisseurs de santé. La centralisation du patient suggère automatiquement que, dans l'idéal que les stratégies de traitement de tous les prestataires de soins soient mutuellement adaptées à la situation personnelle des besoins du patient (Figure 12). Cependant, la fourniture uniforme de services peut conduire à perdre le contact direct avec le patient.



**Figure 12** : Modèles de communication dans la consultation intersectorielle sur la schizophrénie : qui communique avec le patient ?

### **L'évolution du rôle du pharmacien dans la prise en charge du patient en psychiatrie :**

Depuis qu'une approche thérapeutique multidisciplinaire de la réadaptation psychiatrique a été prouvée qu'elle influence positivement l'issue de la maladie (64), les pharmaciens devraient être encouragés à collaborer avec d'autres professionnels de la santé soins, comme les médecins généralistes (MG), les infirmiers en psychiatrie sociale, psychologues et travailleurs sociaux.

Combiner les soins communautaires pour la schizophrénie : collaboration entre médecins généralistes et pharmacien.

## Revue Bibliographique

---

Un aspect important du rôle du médecin généraliste dans le traitement de la schizophrénie est de poser le diagnostic en phase prodromique de la psychose (de rechute), le diagnostic précoce peut prévenir l'aggravation de la maladie.

Une prévention efficace des rechutes permet réduire les symptômes résistants au traitement et de freiner l'évolution vers la chronicité (65).

Les symptômes prodromiques peuvent être induits par l'omission ou le non-respect (temporaire) De prise des médicaments antipsychotiques et les pharmaciens peuvent signaler ce problème d'observance, lors des phases prodromiques dysphoriques et anxieuses les symptômes peuvent s'aggraver(66, 67), entraînant éventuellement une augmentation de la consommation des psychotropes.

Des lignes directrices doivent être établies pour catégoriser la gravité de la non-conformité et déterminer les paramètres d'intervention. De plus, les indicateurs de l'usage excessif de benzodiazépines doit être formulé, afin de permettre aux pharmaciens de reconnaître l'usage irrationnel de médicaments qui peut-être dû à une rechute de la maladie (68).

### **IV.2 Transmission des règles hygiéno-diététiques :**

Les sujets atteints de maladies mentales telles que la schizophrénie ont un risque accru de surcharge pondérale, de pathologies cardio-vasculaires, d'anomalies glucidiques et lipidiques. Ces comorbidités sont favorisées par différents facteurs. Cependant, il est démontré que l'hygiène de vie des patients schizophrènes (alimentation déséquilibrée, sédentarité, tabagisme.) joue un rôle essentiel dans leur apparition et leur développement. Ainsi, l'évaluation du comportement alimentaire et des autres facteurs de style de vie, de chaque sujet schizophrène, représente un temps essentiel de la prise en charge(69, 70)

Le pharmacien peut échanger avec le patient autour de son alimentation Son but n'est certainement pas de critiquer les habitudes alimentaires du patient, de le culpabiliser, ni de lui poser des interdictions de façon trop rigide, mais de repérer les principales (( aberrations )) dans son régime alimentaire(71) . Ensuite, le clinicien doit discuter avec le patient des principales erreurs qu'il commet dans son comportement alimentaire. Il doit l'informer de façon claire et explicite des risques qu'il encourt et lui donner des conseils afin de corriger ses ((maladresses)) alimentaires.

Dans la littérature, on retrouve plusieurs programmes éducationnels pour améliorer l'hygiène de vie des patients schizophrènes et de prévenir l'apparition d'une surcharge pondérale ou autres comorbidités somatiques(72).



## Revue Bibliographique

---

Tout d'abord, Littrell et ses collaborateurs en 2003 ont conçu un programme spécialement destiné aux patients schizophrènes traités par antipsychotiques (296). Ce programme comprend 2 modules :

« Nutrition, bien-être et hygiène de vie saine » et « activité physique ». Chaque patient reçoit un support écrit avec les thèmes abordés dans chaque module. Les objectifs enseignés dans le premier module sont :

- connaître les problèmes de santé pouvant être évités ou réduits par une hygiène de vie et une alimentation saine ;
- connaître les recommandations alimentaires ;
- mettre en place des objectifs réalisables ;
- apprendre à se servir des portions adaptées ;
- développer des systèmes qui maintiennent une bonne hygiène de vie ;
- réduire les coûts liés à l'alimentation.

Les objectifs du deuxième module sont :

- connaître des bienfaits de l'exercice physique ;
- initier et maintenir un programme d'activité physique ;
- connaître les différents types d'exercice réalisable.

### **IV.3 Position d'étudiant en pharmacie dans l'éducation thérapeutique**

Le bon comportement envers les clients psychiatriques commence déjà pendant les études pharmaceutiques.

Dans deux articles, des auteurs européens et américains ont conclu que les étudiants pharmaceutiques ont des attitudes limitées et des conceptions erronées sur les patients atteints de schizophrénie et d'autres maladies mentales(73). Il semble qu'un cours d'apprentissage actif sur la psycho pharmacothérapie pourrait favorablement influencer l'attitude des étudiants. Et bien sûr, il faudra tenir compte des comportements et des attitudes nécessaires pour que les pharmaciens licenciés commencent à donner du soin pharmaceutique en général.

Ces éléments ont été décrits déjà en 1992 et aussi après(74, 75). L'éducation est toujours l'un des éléments considérés comme important.

# ÉTUDE PRATIQUE

## **I Présentation du service de psychiatrie du C.H.U Tlemcen, Algérie :**

Le Centre Hospitalo-universitaire Dr Tidjani Damerdji de Tlemcen est d'architecture pavillonnaire. Il est actuellement constitué de 44 services et laboratoires spécialisés. Le centre Hospitalo-universitaire Dr Tidjani Damerdji de Tlemcen dispose d'une capacité d'accueil de 646 lits et couvre une population de 1.5 millions de citoyens et il dispose d'un seul service de psychiatrie, c'est ici que notre étude s'est déroulée.

Il dispose d'une unité d'hospitalisation répartie entre 22 lits pour les hommes et 13 lits pour les femmes, ce dernier, possède une unité de consultation avec quatre bureaux, recevant en moyenne quatre-vingt patients par jour. Au sein du service suscité, se trouve une unité réservée aux urgences psychiatriques contenant une salle de soins.

## **II Type de l'étude :**

Dans le cadre de cette thèse, nous avons réalisés une étude observationnelle sur un groupe de patient admis au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie du 1 octobre jusqu'à la fin du mois avril 2022.

Le recrutement s'est fait lors des consultations sur un groupe de patients dont les 10 premiers patients schizophrènes bien stabilisée ont été recruté, Nous avons pris en compte La stabilité des patients ou il n'aura pas ou peu de signes, pas de difficultés socio-professionnelles et pas de réapparition des symptômes.

## **III Taille de l'échantillon :**

La taille de l'échantillon est de 10 patients présentant une schizophrénie stabilisée

## **IV Contexte et objectifs :**

### **IV.1 Objectif principal :**

-Mesurer l'évolution des connaissances des patients suivis au service de psychiatrie CHU Tlemcen après un programme d'éducation thérapeutique.

## **IV.2 Objectifs secondaires :**

-Evaluer la satisfaction des patients de l'approche d'éducation thérapeutique.

## **IV.3 Choix de la population du protocole :**

Tout d'abord, il est primordial de délimiter notre population qui sera incluse à notre enquête. Ci-dessous se trouve les critères d'inclusion et de non inclusion permettant d'identifier la population visée.

## **IV.4 Critères d'inclusion :**

- Patient présentant une schizophrénie selon DSM V.
- Age entre 18 ans et 60 ans.
- Patients informés et consentent.
- Patients stabilisé sous traitement.
- 

## **IV.5. Critères de non inclusion :**

- Age moins de 18 Ans.
- Le refus de consentement pour l'étude.
- Comorbidités neurologique.
- Déficience mentale.

# **Matériel et méthodes**

## **I Déroulement de l'enquête :**

Cette étude a été réalisée par le biais d'un questionnaire posé aux patients au niveau de du CHU Tlemcen service de psychiatrie durant les mois de novembre et décembre 2022 et comportait 3 parties.

- **Premier entretien :**

Se déroule au moment de la consultation au service de psychiatrie, et dure de 10 à 15 minutes, au cours desquelles on recueille les données du patient, et on instaure un diagnostic éducatif par le biais d'un questionnaire (Annexe1) préétabli pour dresser un état des lieux du comportement du patient envers sa maladie, et connaître les besoins éducatifs du patient. À la fin de cet entretien on fixe avec le patient un autre moment de rencontre pour réaliser la séance éducative.

- **Deuxième entretien :**

Cette séance individuelle dure 20 à 45 minutes sur rendez-vous avec le patient, pendant laquelle on aborde plusieurs thèmes concernant la gestion de son traitement (Connaissances, observance), et de sa maladie (surveillance de sa maladie, régime alimentaire, activité physique, ...), par le biais d'une pédagogie transmissive, et à l'aide des fiches éducatives élaborées dans le cadre de ce travail (Annexe2).

- **Troisième partie :**

En dernier lieu, le patient répond à un questionnaire évaluant (Annexe3) les connaissances acquises lors de cet entretien, et le degré de sa satisfaction vis-à-vis de cette intervention pharmaceutique. La figure 18 illustre les différentes étapes de la démarche éducative réalisée pour les patients.

## **II Ethique :**

La population concernée par l'étude est particulière du fait de la pathologie schizophrénique qui peut altérer les capacités cognitives du patient, pour cela le tuteur doit être préalablement informé.

De ce fait, nous avons préalablement pris en compte l'accord des tuteurs légaux, en élaborant un consentement qui garantit l'anonymat de l'étude, le respect du choix des familles pour la

## **Matériel et méthodes**

---

participation ou non dans l'étude, nous les avons informés aussi sur le but et l'objectif de notre travail.

Nous avons porté une attention toute particulière aux répercussions sur le plan émotionnel et relationnel de la maladie chronique, et de la complexité de sa gestion chez le patient et son entourage.

Le statut socio-économique, le niveau culturel et d'éducation, le lieu de vie, ne doivent pas être discriminants. Ils devraient au contraire être pris en compte pour adapter le programme d'ETP, en termes d'accessibilité géographique et de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes.

### **III Outils Statistiques :**

Les analyses statistiques ont été réalisées sous le logiciel SPSSv25.

Les résultats ont été représentés sous forme d'histogrammes et de secteurs en utilisant le programme « Microsoft Office Professional plus 2019 ».

L'analyse a comporté une analyse observationnelle avec calcul des fréquences, et des moyennes.

Les résultats ont été exprimés en pourcentage (effectif). Ils sont rapportés dans des tableaux, ou représentés sous formes d'histogrammes, et de secteurs.

### **IV Supports de l'étude :**

#### **Questionnaire utilisé :**

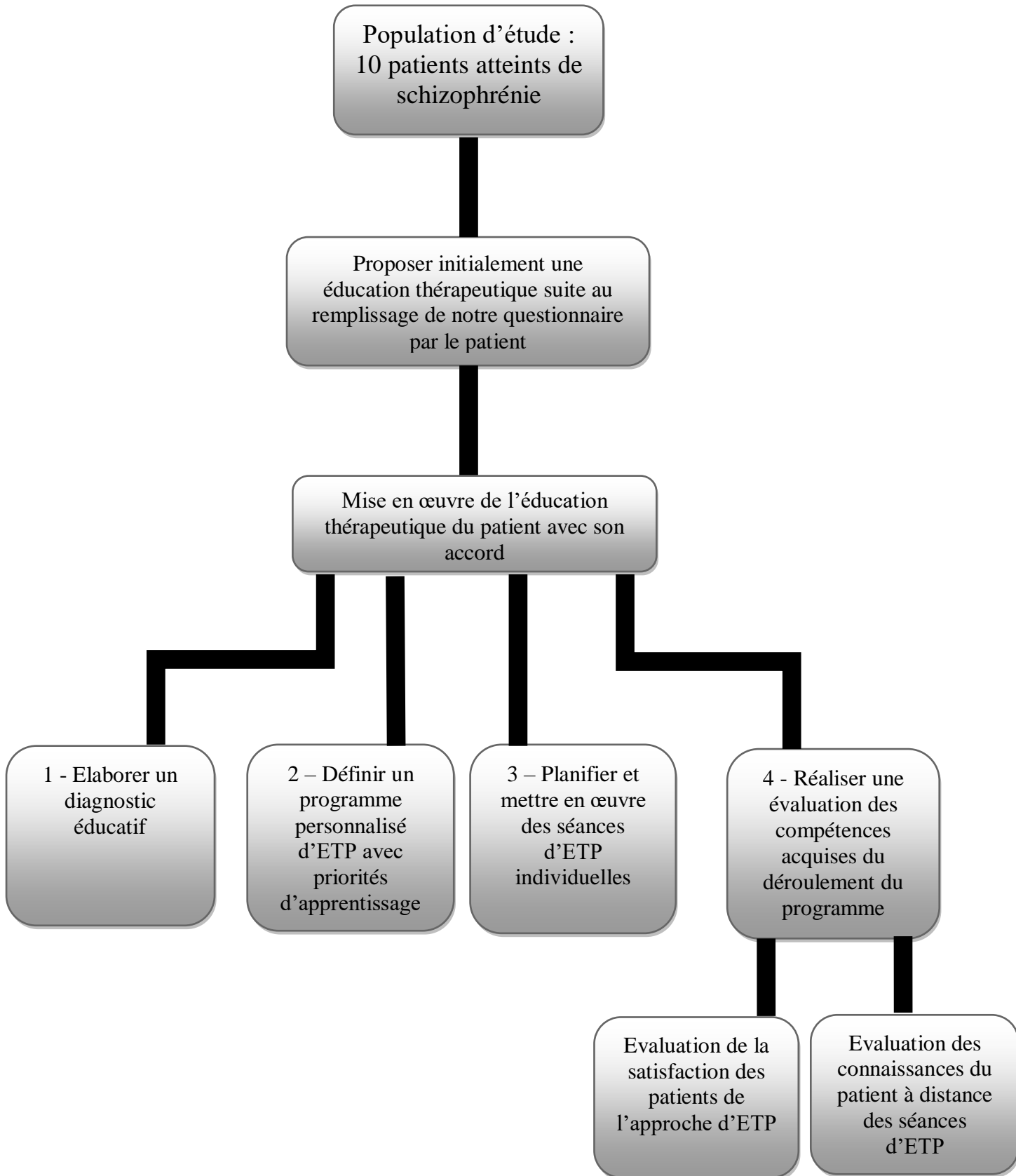
Le questionnaire était anonyme par contact direct avec les patients quand ils se présentaient à la consultation au service de psychiatrie et comportait trois parties.

La première partie recueillait des données sociodémographiques sur les patients (sexe, âge, situation familiale, profession, le niveau d'instruction, niveau socio-économique,).

La deuxième partie recueillait des informations sur la maladie (durée de diagnostic, état actuelle, la présence ou l'absence d'antécédent psychiatrique, traitement prescrit, leur tolérance du traitement, autre maladie chronique).

La troisième partie recueillait des informations sur la dispensation du traitement par le pharmacien.

### SCHÉMA DE L'ÉTUDE





# Résultats

## I Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée :

### 1 Répartition de la population selon le sexe :

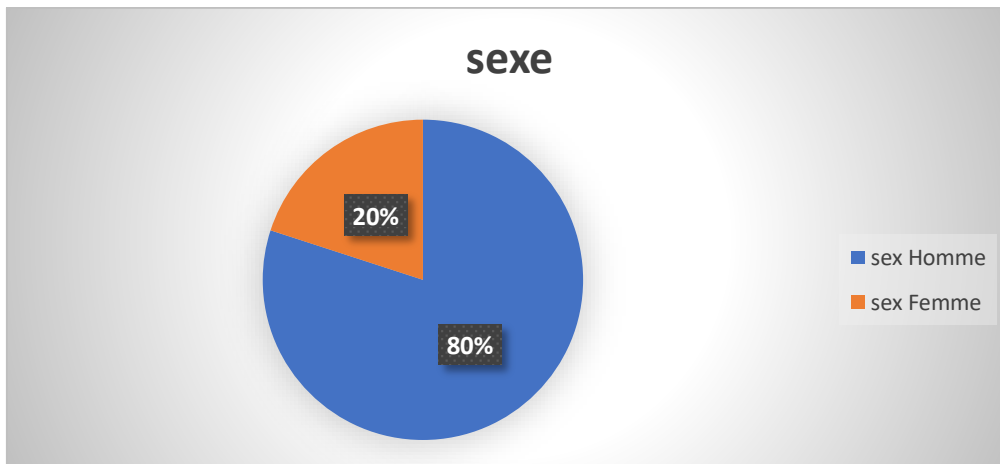


Figure 13 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon le sexe

Notre population d'étude est composée de 2 femmes (20%) et 8 hommes (80%)

### 2 Répartition de la population étudiée selon l'âge :

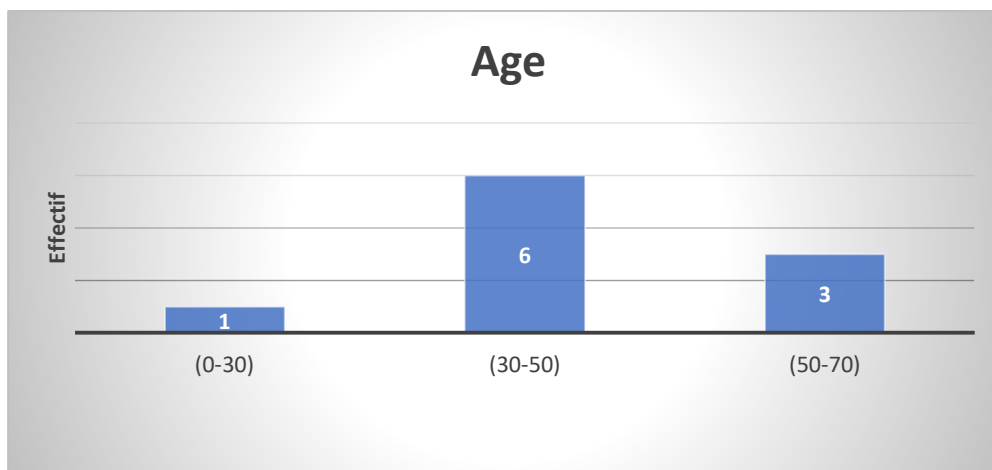


Figure 14 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'âge

L'âge des patients varie entre 26ans pour le plus jeune et 58ans pour le plus âgé, avec un âge moyen de 47ans.

### 3 Répartition de la population étudiée selon le statut matrimonial :

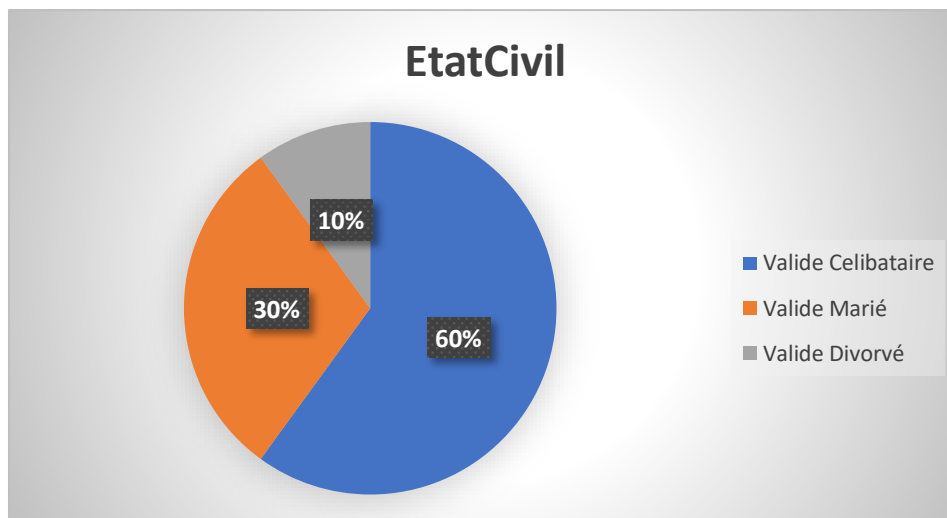


Figure 15: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon le statut matrimonial

La majorité des patients sont célibataires (60%) contre une minorité qui est mariés (30%)

### 4 Répartition de la population étudiée selon l'activité professionnelle :



Figure 16 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'activité professionnelle.

La majorité des patients sont chômeurs.

### 5 Répartition de la population étudiée selon le niveau d'instruction :

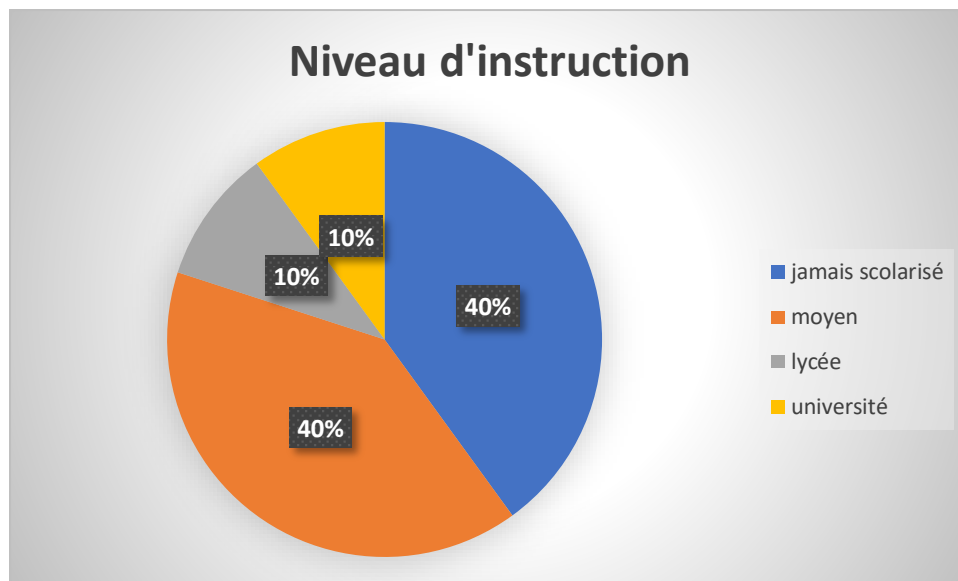


Figure 17 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon le niveau d'instruction

Pour la présente étude, 40% sont analphabètes 20% ont eu accès à l'enseignement moyen 10% au lycée et 10% à l'enseignement universitaire. (Figure17)

### 6 Répartition de la population selon la zone de vie :

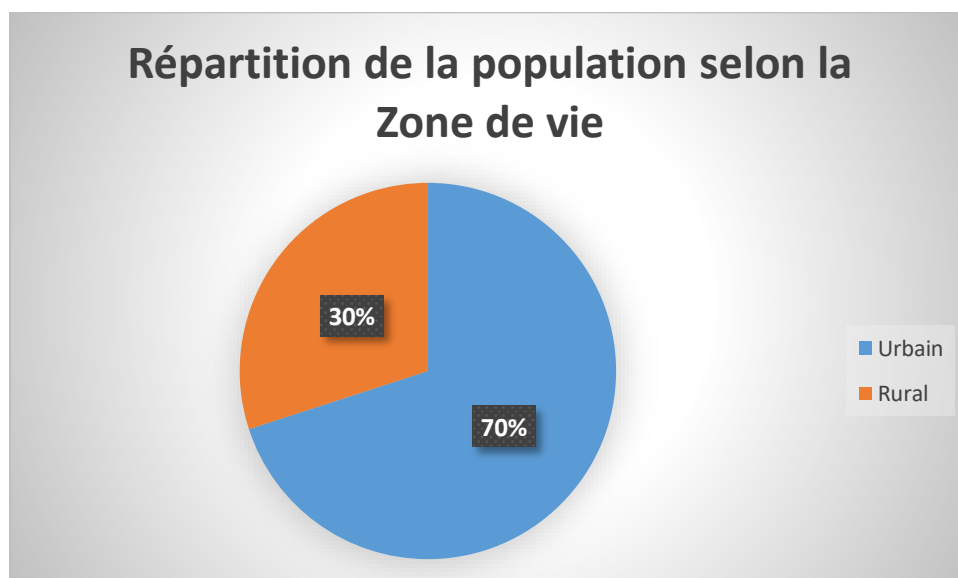


Figure 18 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon la zone de vie

Dans notre échantillon ,7(70%) patients vivaient dans une zone urbaine et 3 (30%) patients vivaient dans une zone rurale.

## 7 Répartition de la population selon le mode de vie :

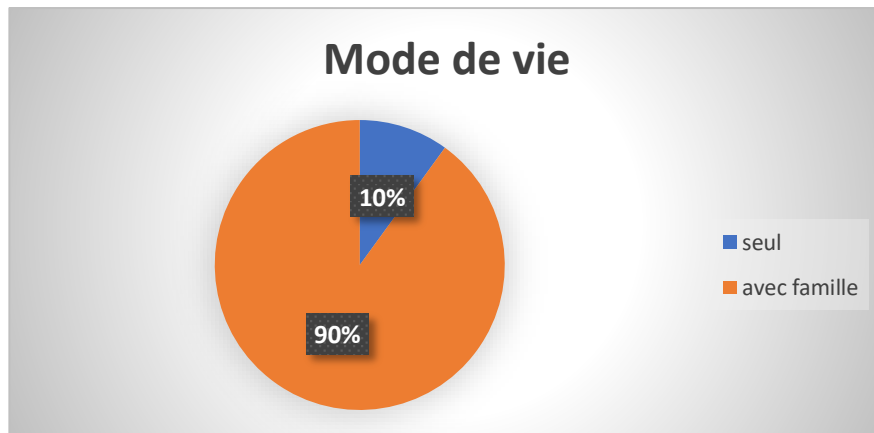


Figure 19 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon le mode de vie

Dans notre échantillon, 9 (90%) patients vivaient au sein de leurs familles et un seul patient vivait seul.

## II Caractéristiques cliniques :

### 1 Les antécédents personnels :

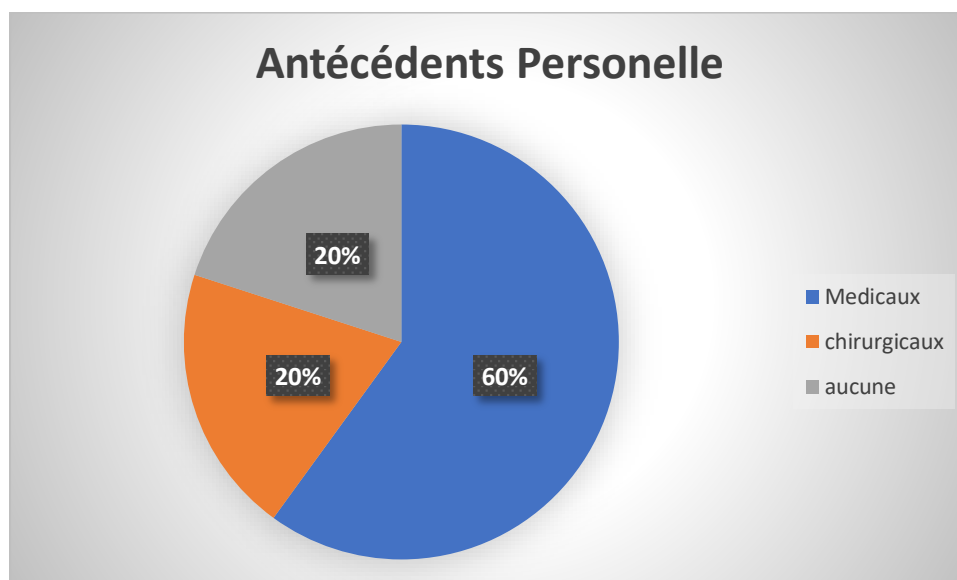


Figure 20 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon les antécédents psychiatriques personnelles.

Pour la présente étude, 6 (60%) patients avaient des antécédents médicaux contre 2 (20%) patients qui avaient des antécédents chirurgicaux avec deux (20%) patients qui n'ont pas d'antécédents.

## 2 Les antécédents psychiatriques familiaux :

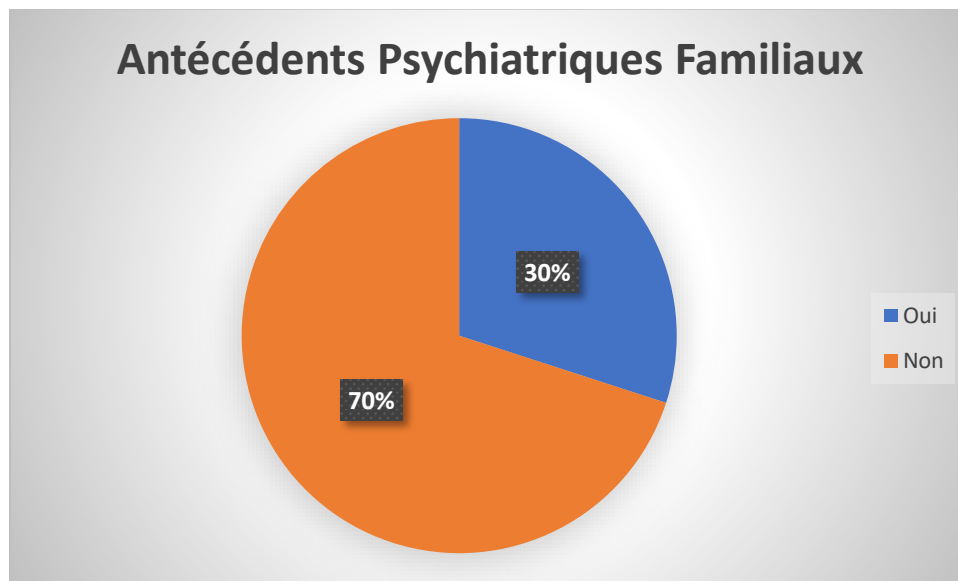


Figure 21 : les antécédents psychiatriques familiaux

Parmi les 10 patients, 7 (70%) patients présentaient des antécédents familiaux contre 3 (30%) patients qui ne présentaient pas d'antécédents.

## 3 Les habitudes toxiques :

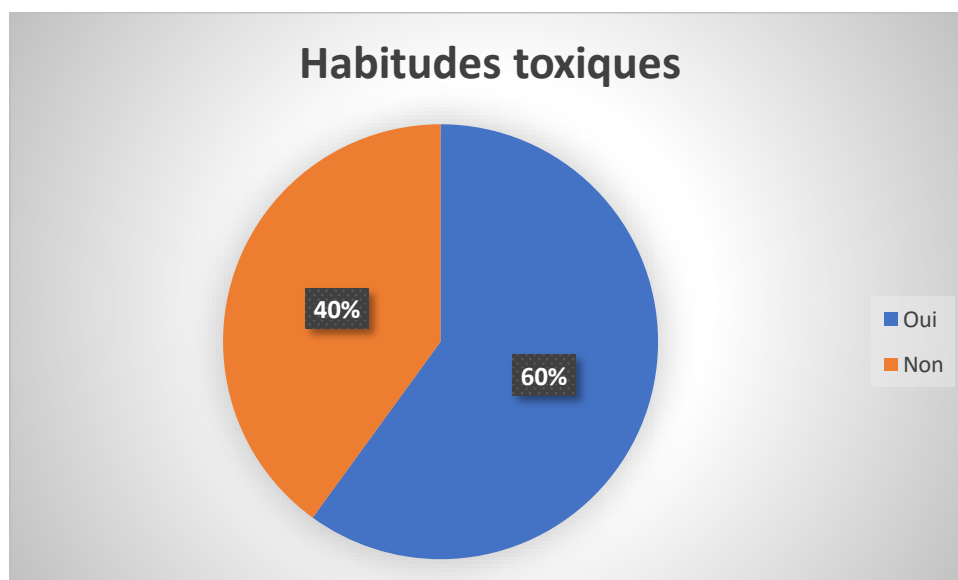


Figure 22 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon les Habitudes toxiques de la population

Dans notre échantillon, 6 (60%) patients consommaient des substances toxiques et 4 (40%) patients ne consommaient pas de substances toxiques.

## 4 Habitudes toxiques de la population :

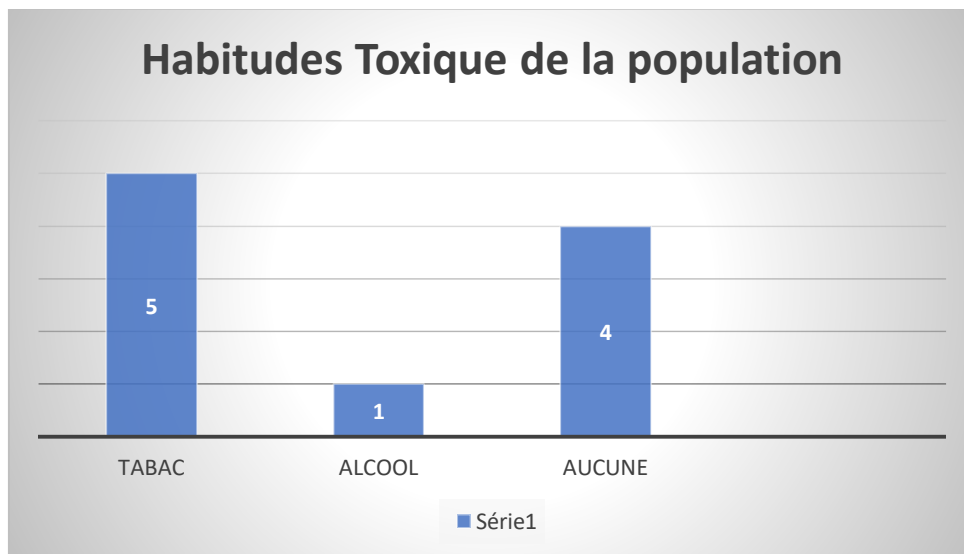


Figure 23 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon la consommation des substances toxiques.

Parmi les 10 patients, 5 patients consommaient du tabac avec un seul patient qui consommait de l'alcool contre 4 patients qui ne consommaient pas de toxiques

## 5 Le mode de début :

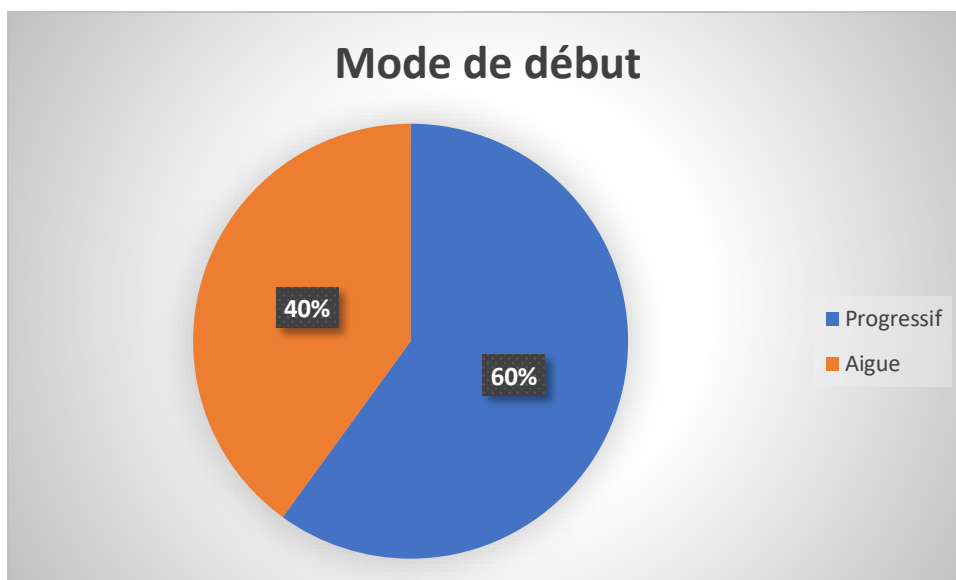


Figure 24 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon le mode de début de la maladie

Dans notre échantillon on a retrouvé un début progressif chez 60% des patients et 40% qui ont un début aigu.

## III Répartition des cas selon le traitement :

### 1 Le type du traitement :

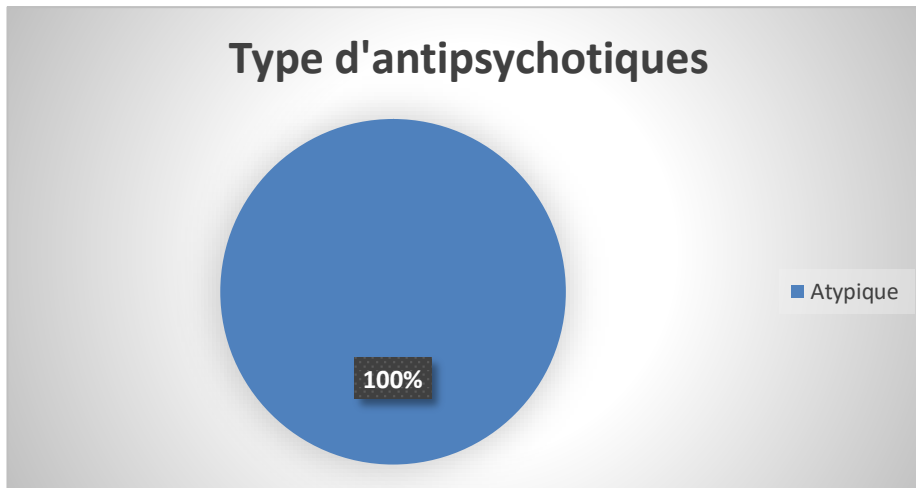


Figure 25 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon le type d'antipsychotiques

Les antipsychotiques atypiques ont été prescrits chez la totalité des patients de notre échantillon.

### 2 Le traitement antérieur :

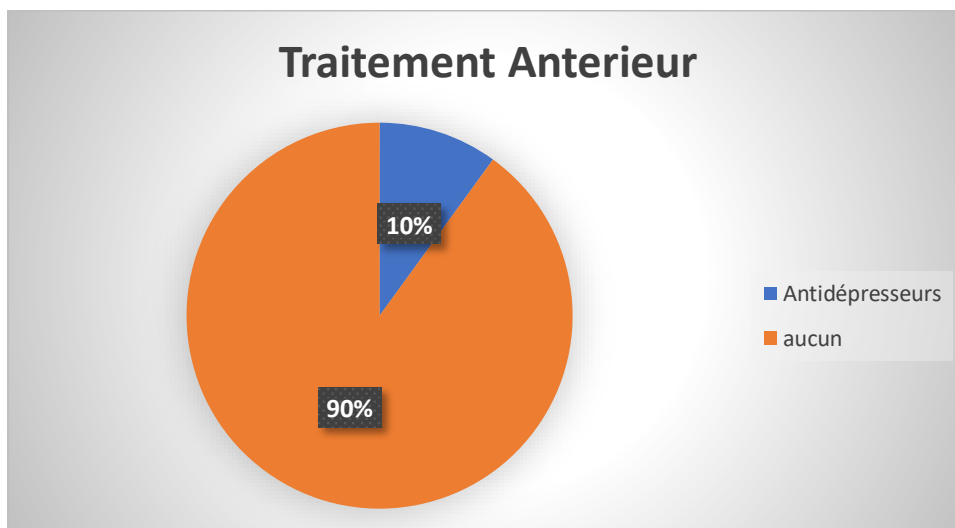


Figure 26 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon le traitement antérieure.

La bithérapie à base d'antidépresseur et antipsychotique atypique a été prescrite chez un seul patient de notre échantillon.



### 3 La tolérance du traitement :

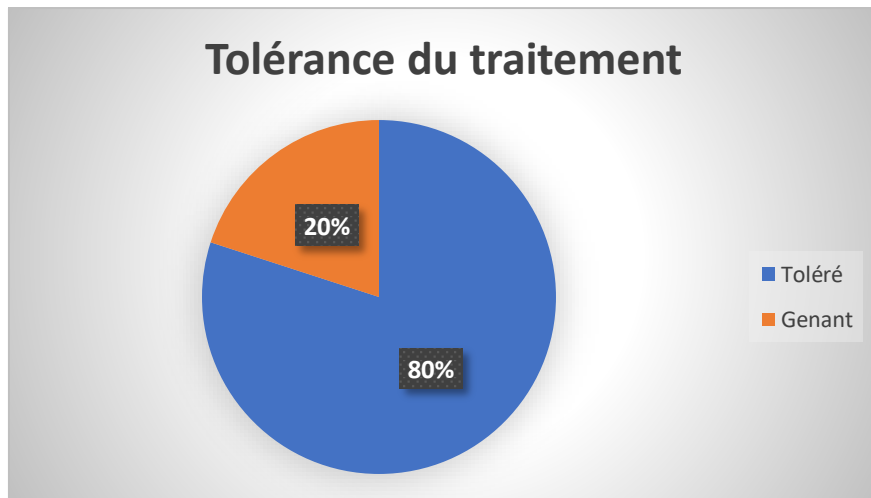


Figure 27 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon la tolérance du traitement

Selon la figure 80% des patients ont une tolérance pour leur traitement et seulement 20 % qui ont des effets gênants.

### IV La qualité du conseil pharmaceutique :

#### 1 Evaluation de la qualité de conseil pharmaceutique :

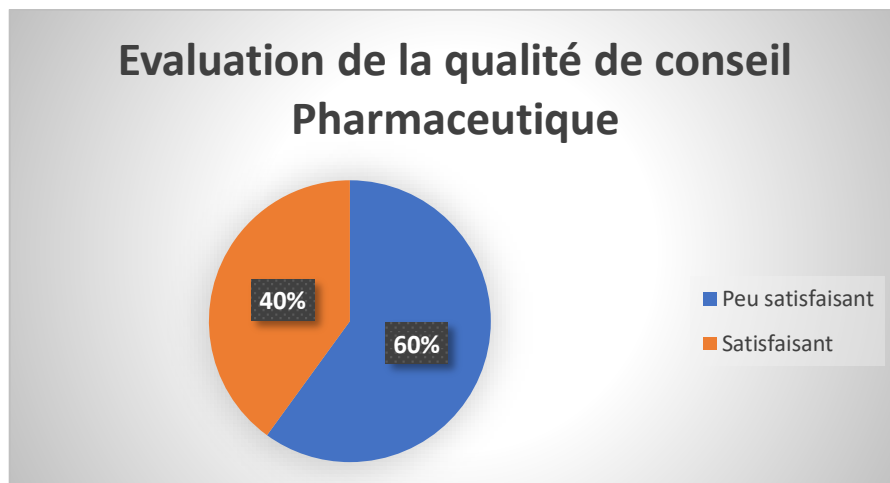


Figure 28 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'évaluation de la qualité de conseil Pharmaceutique

Selon la figure 40% des patients étaient satisfaits de la qualité du conseil pharmaceutique contre 60 % qui étaient peu satisfaits des conseils abordés par le pharmacien.

## 2 Le type de conseil abordé par le pharmacien :

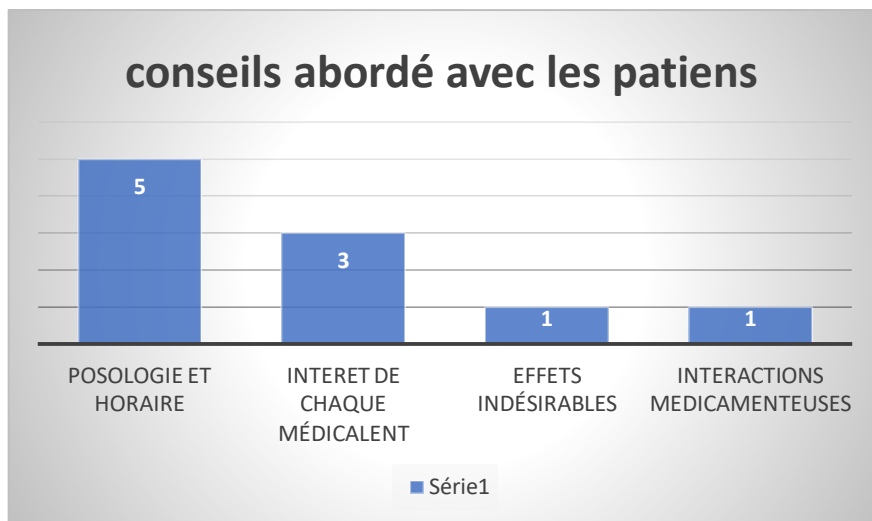


Figure 29 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon les conseils abordés avec les patients.

Selon la figure quasiment la totalité des pharmaciens abordent avec les patients schizophrènes la posologie et horaire (5) l'intérêt de chaque médicament (3) En négligeant de discuter les effets indésirables et les interactions médicamenteuses possibles.

## 3 Les critères de choix pour une pharmacie :

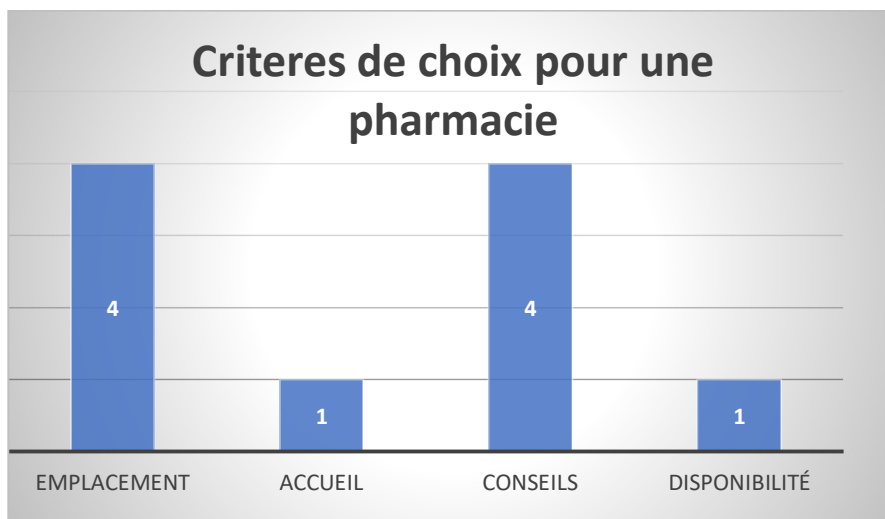


Figure 30 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon les critères de choix pour une pharmacie

Concernant le choix du lieu de pharmacie, les patients schizophrènes préfèrent une pharmacie proche de leur lieu d'habitat (4) Nous pouvons voir aussi qu'une grande partie des patients 4 font des conseils abordés par le pharmacien un critère très important par rapport à l'accueil 1 et la disponibilité 1.

## V Le diagnostic éducatif :

### 1 Les considérations autour de la maladie :

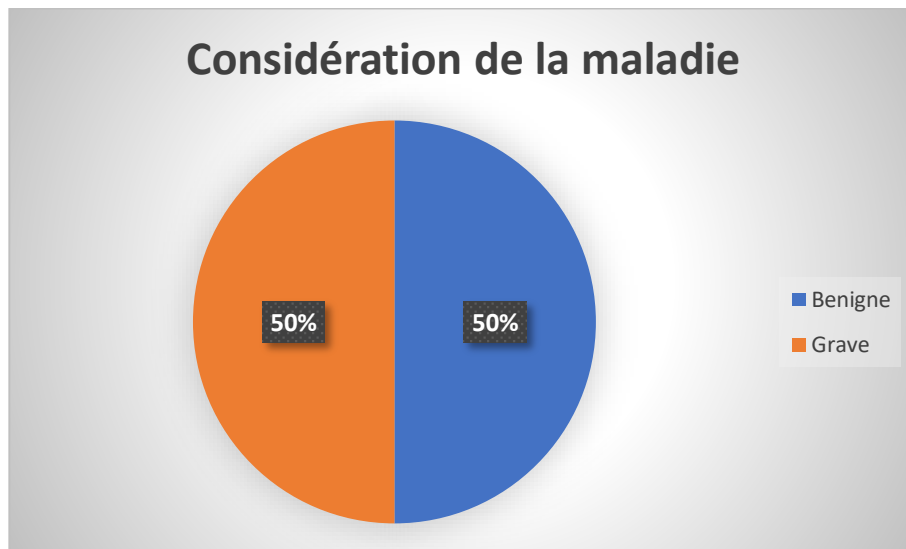


Figure 31 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon la considération de la maladie

Dans notre échantillon 50 % des patients considéraient que la schizophrénie est une maladie bénigne.

### 2 L'origine de la maladie :

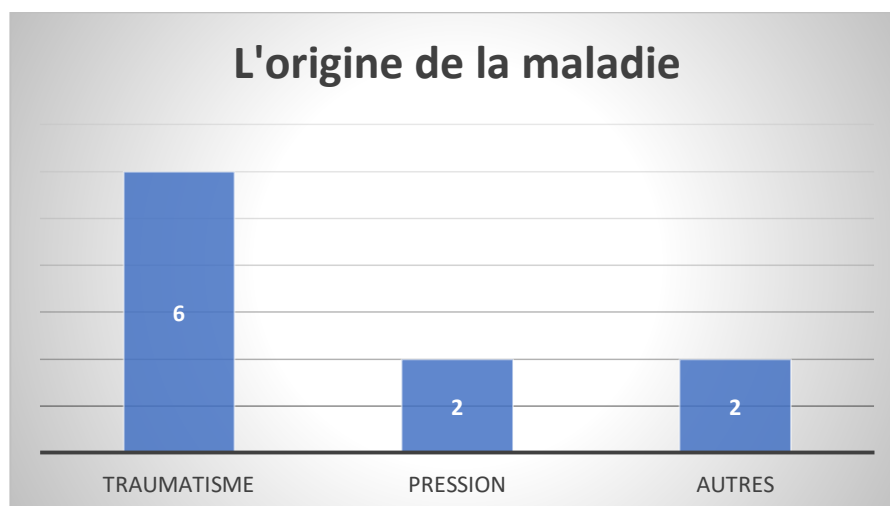


Figure 32 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'origine de la maladie

Selon la figure 6 patients pensaient que leur maladie est due à un traumatisme contre 2 patients qui pensaient que la pression était le facteur déclenchant.

### 3 Etat actuel du patient :

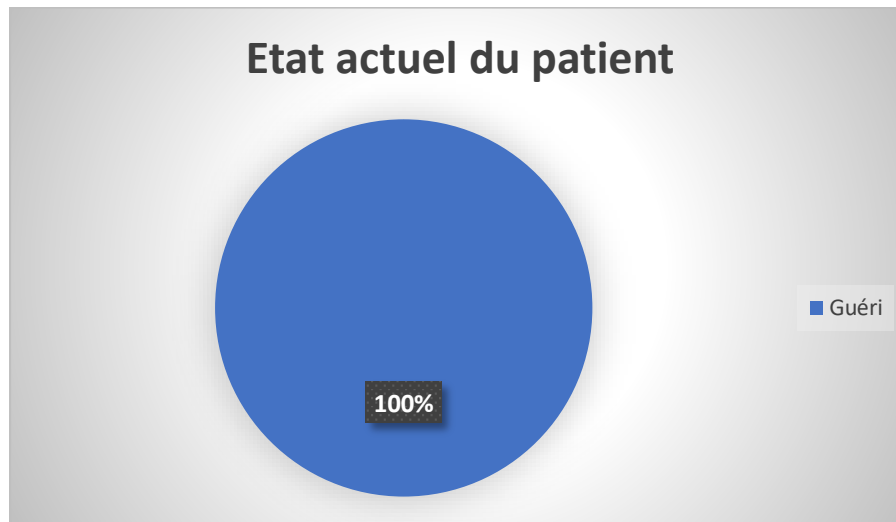


Figure 33 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'état actuel du patient

Dans notre étude la totalité de patients se sentaient guéri.

### 4 Soutien familiale :

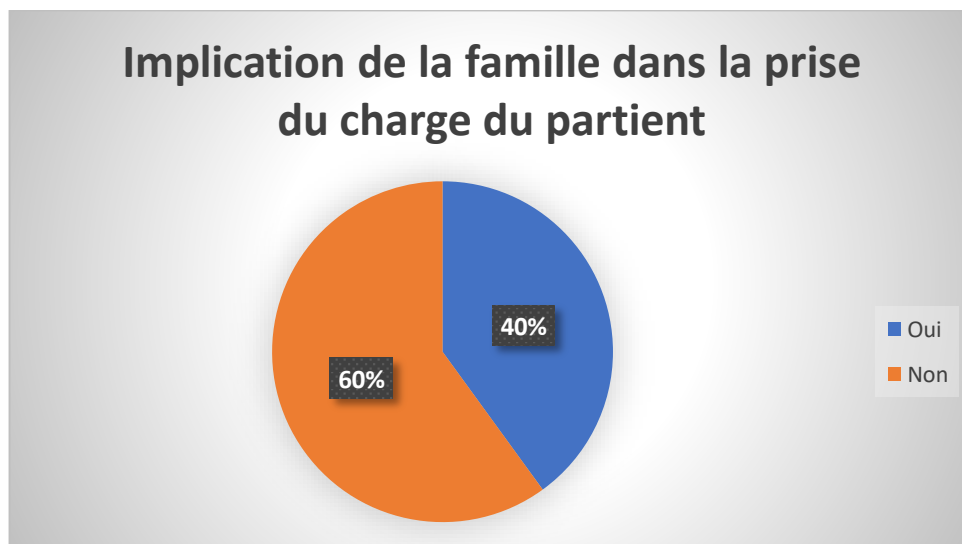


Figure 34 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon Implication de la famille dans la prise de la charge du patient

Selon la figure y avait seulement 4 patients (40%) qui étaient accompagné par leurs famille (soutien familiale) contre 6 patients (60%) qui se sentaient seuls (absence du soutien familial).

## 5 Activité physique :

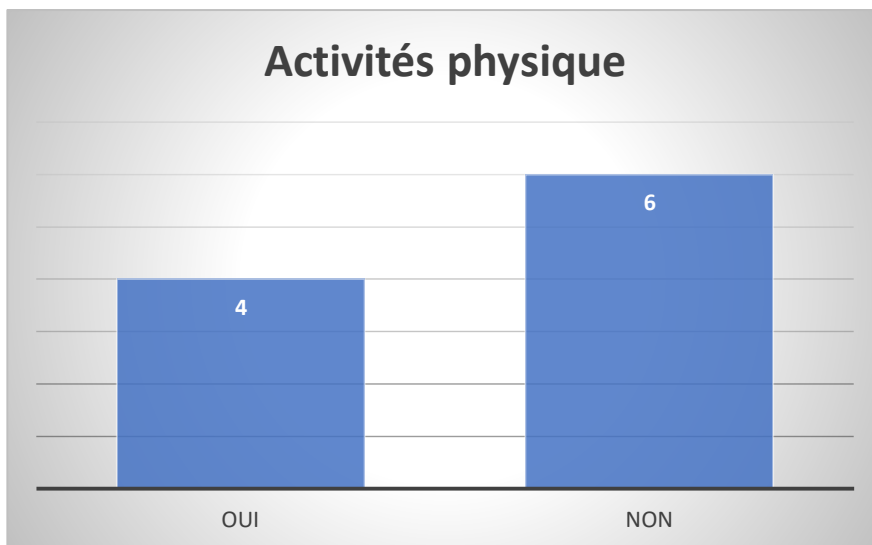


Figure 35 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'activité physique pratiquée par le patient

6 patients ne pratiquaient pas de sport malgré son rôle dans l'amélioration de l'état du patient.

## 6 Projet de vie du patient :

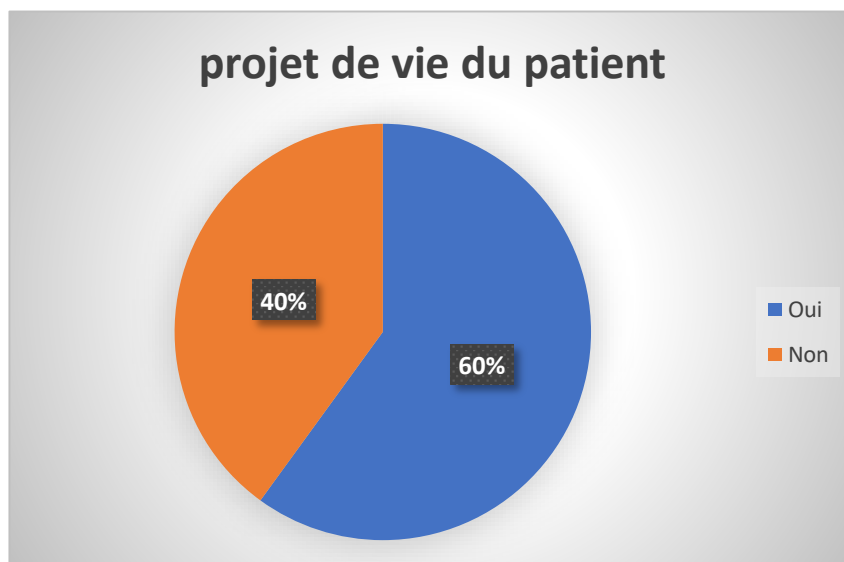


Figure 36 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon le projet de vie.

Selon la figure 6 patients (60%) avaient des futurs projets planifiés contre 4 patients (40%) qui ne pensaient pas à l'avenir.

## VI Evaluation de l'approche de l'éducation thérapeutique :

### 1 Connaissance sur la maladie :

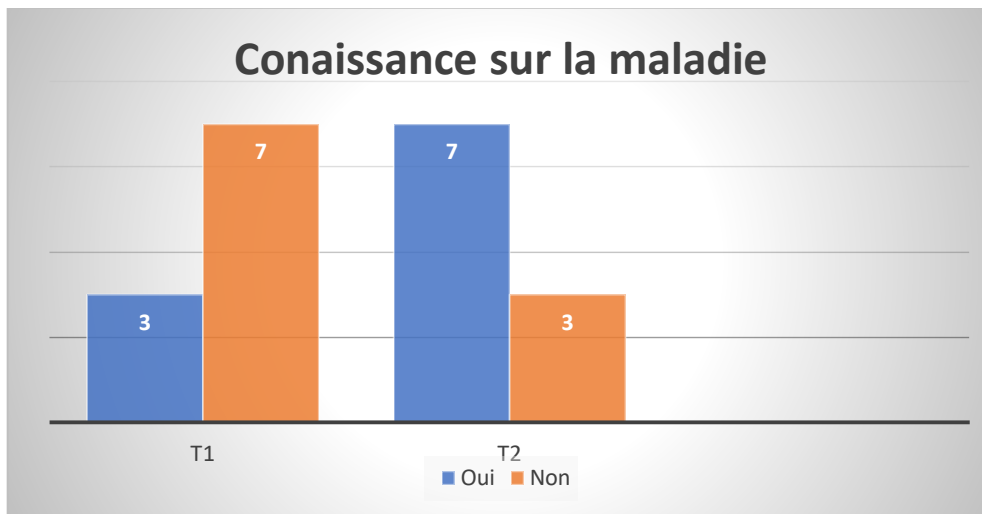


Figure 37 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'évaluation de la connaissance sur la maladie.

A T1, 7 patients n'avaient pas de connaissances sur leur maladie contre 3 patients qui avaient des connaissances sur leur pathologie. Par contre à T2, 4 patients de plus ont développé des connaissances sur leur pathologie.

### 2 Information sur le traitement :

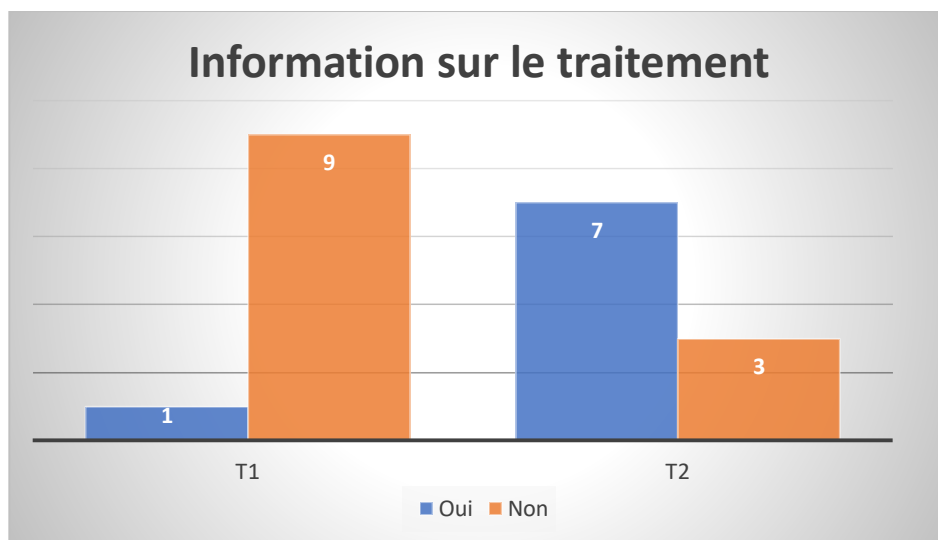


Figure 38 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'évaluation de l'information sur le traitement.

A T1, 9 patients n'avaient pas d'information sur leur traitement, A T2, la quasi-totalité des patients ont développé des informations sur leur traitement.

### 3 La prévention de la rechute :

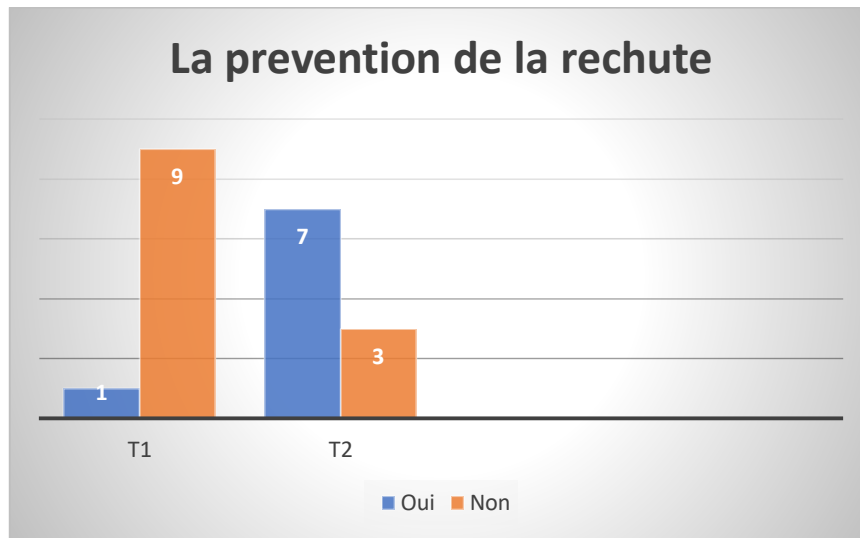


Figure 39 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'évaluation de la prévention de la rechute

A T1, un seul patient avait la capacité de prévenir le taux de rechute ce pourcentage a changé à T2 7 patient ont pu développer la capacité de prévenir les rechutes.

### 4 Régime alimentaire :

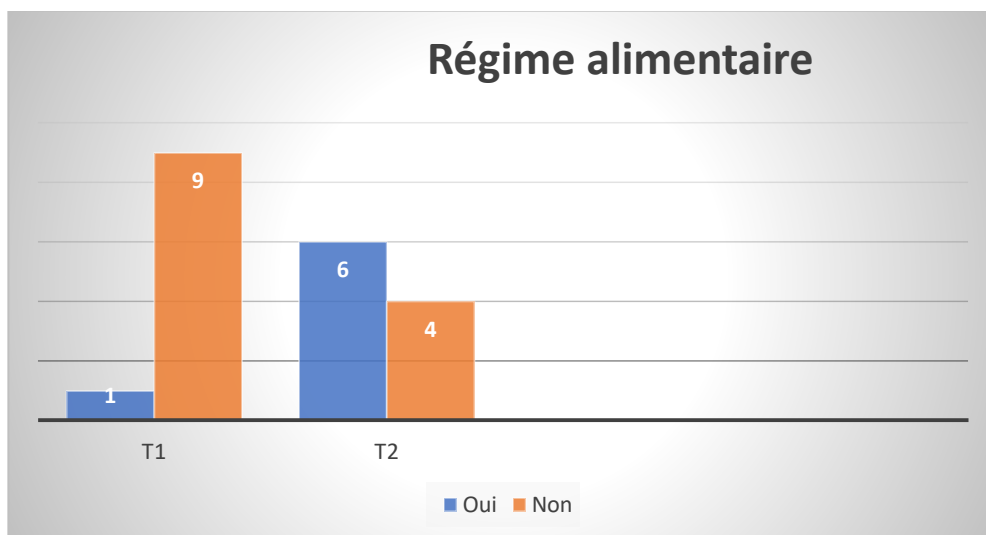


Figure 40 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'évaluation du régime alimentaire.

Cette question portait sur le régime alimentaire de nos patients.

A T1, 9 patients ne suivaient pas un bon régime alimentaire contre un seul patient qui affirmait qu'il s'alimentait bien.

A t2 le nombre de patients qui s'alimentaient bien a atteint 60%.

## 5 Capacité d'auto soins :

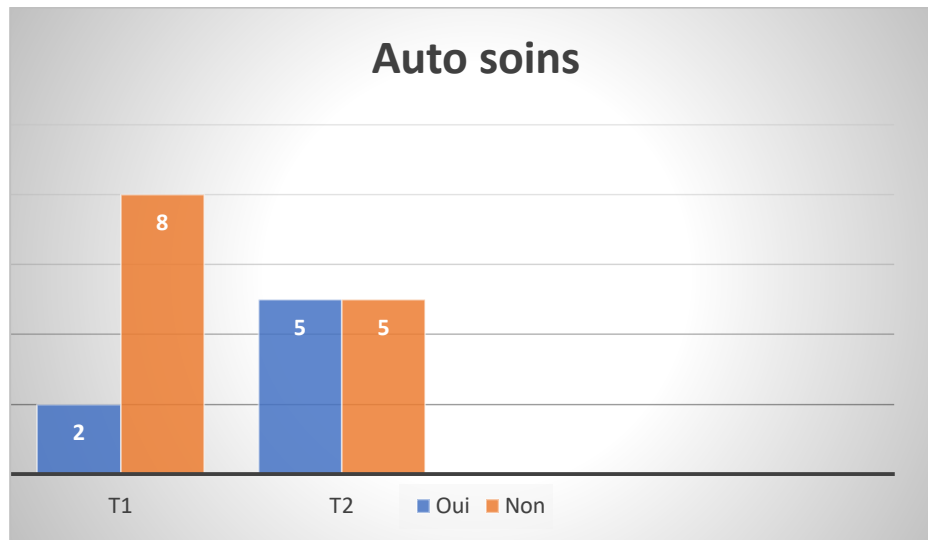


Figure 41 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'évaluation de développement de la capacité d'auto soin

À T1 8 patients n'avaient pas la capacité de réaliser des pratiques d'auto soins par contre à T2 ce pourcentage a changé avec 5 patients qui affirmaient leurs capacité à faire des pratiques d'auto soins.

## 6 Implication de la famille :

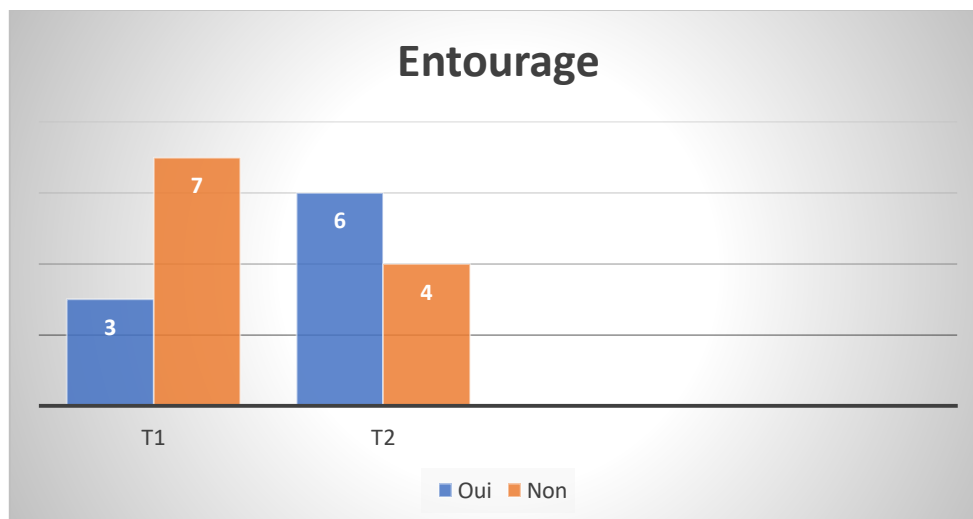


Figure 42 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'évaluation de l'implication de l'entourage dans l'approche d'ETP.

A T1 seulement 3 patients affirmaient l'implication de leur entourage alors que dans T2 y avait l'implication de la famille de 6 patients dans le soutien et l'accompagnement du patient dans sa maladie.



## 7 Activité physique :

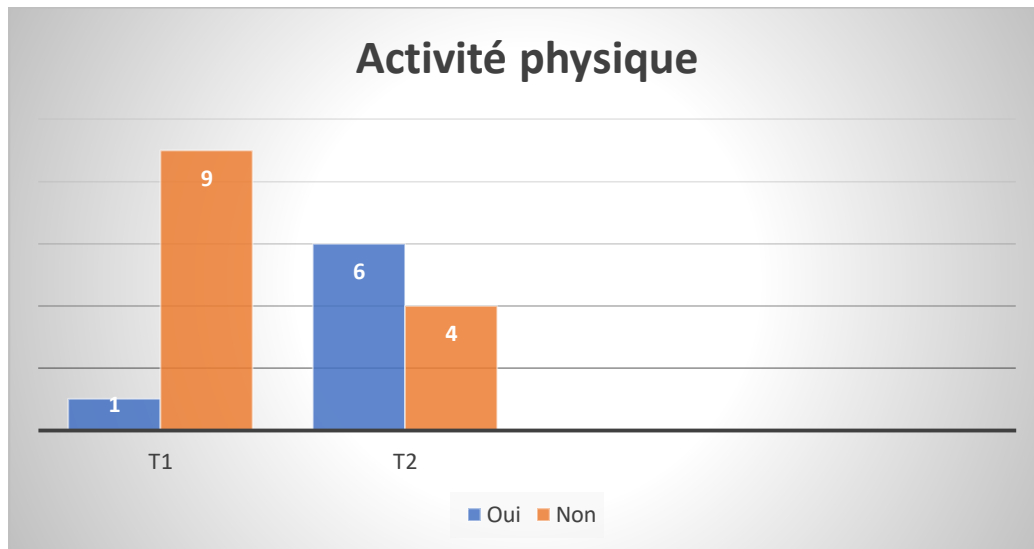


Figure 43 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'évaluation de l'activité physique.

A T1 9 patients ne pratiquaient pas de sport par contre A T2 6 patients ont commencé à faire des séances d'activité physique.

## 8 Echelle de satisfaction des patients de l'approche d'éducation thérapeutique :

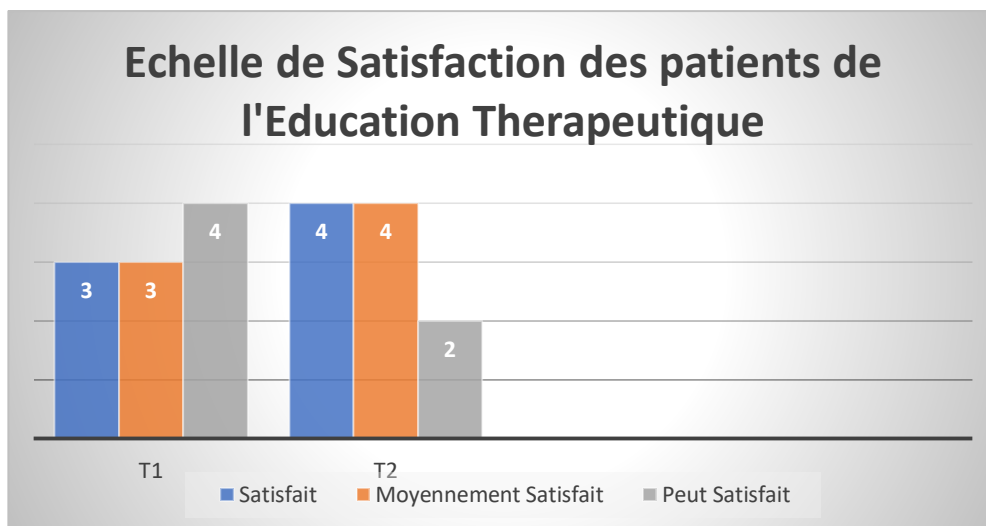


Figure 44 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie selon l'évaluation de la satisfaction de l'approche d'ETP.

Notre étude a montré que 20% des patients qui n'étaient pas satisfait de l'approche de l'ETP proposée ont changé d'avis après réalisation du programme en devenant satisfait

## Analyse bi varié :

### I Relation entre l'évolution des connaissances du patient et le profil sociodémographique :

#### 1 Relation entre l'évolution des connaissances du patient et l'âge :

Tableau VI : Tableau croisé entre l'évolution des connaissances du patient et l'âge

		Age			Total
		(0-30)	(30-50)	(50-70)	
Connaissance du patient sur sa maladie	Oui	1	3	3	7
	Non	0	3	0	3
Total		1	6	3	10

La comparaison entre le sexe et l'évolution des connaissances du patient sur sa maladie ne montre aucune différence statistiquement significative

**P = 0.240**

#### 2 Relation entre l'évolution des connaissances du patient et le sexe :

Tableau VII : Tableau croisé Connaissance du patient sur sa maladie et Sexe

		Sexe		Total
		Homme	Femme	
Connaissance du patient sur sa maladie	Oui	5	2	7
	Non	3	0	3
Total		8	2	10

**P = 0.301**

La comparaison entre le sexe et l'évolution des connaissances du patients sur sa maladie ne montre aucune différence statistiquement significative (p=0.301).

## Résultats

### 3 Relation entre l'évolution des connaissances du patient et le niveau d'instruction :

Tableau VIII : Tableau croisé Connaissance du patient sur sa maladie Niveau d'instruction

		Niveau d'instruction				Total
		jamais scolarisé	moyen	lycée	université	
Connaissance du patient sur sa maladie	Oui	3	2	1	1	7
	Non	1	2	0	0	3
Total		4	4	1	1	10

**P= 0.644**

La comparaison de la distribution de niveau d'instruction et l'évolution des connaissances des patients ne montre aucune différence statistiquement significative

### 4 Relation entre l'évolution des connaissances du patient et la zone de vie :

Tableau IX : Tableau croisé entre la Connaissance du patient sur sa maladie Répartition de la population selon la zone de vie

		Répartition de la population selon la zone de vie		Total
		Urbain	Rural	
Connaissance du patient sur sa maladie	Oui	6	0	7
	Non	1	3	3
Total		7	3	10

**P= 0.035**

Nous avons trouvé que 6 patients qui ont développé des connaissances sur leur maladie, vivaient au milieu urbain soit 70%. Ce résultat était statistiquement significatif car : P = 0,035

## 5 Relation entre l'évolution des connaissances du patient et le mode de vie :

Tableau X : Tableau croisé Connaissance du patient sur sa maladie Répartition de la population selon le mode de vie

		Répartition de la population selon le mode de vie		Total
		Seul	avec famille	
Connaissance du patient sur sa maladie	Oui	0	7	7
	Non	1	2	3
Total		1	9	10

**P= 0.0307**

La comparaison de la distribution de statut matrimonial avec les patients qui ont développé des connaissances montre une différence statistiquement significative  $p = 0.0307$

## 6 Relation entre l'évolution des connaissances du patient sur le traitement et l'âge :

Tableau XI : Tableau croisé Information sur le Traitement et l'âge

		Age			Total
		(0-30)	(30-50)	(50-70)	
Information sur le Traitement	Oui	0	4	3	7
	Non	1	2	0	3
Total		1	6	3	10

**P= 0.45**

La comparaison de la distribution d'âge avec les patients qui ont développé des informations sur le traitement ne montre aucune différence statistiquement significative  $p = 0,45$

## 7 Relation entre l'évolution des connaissances du patient sur le traitement et le sexe :

Tableau XII : Tableau croisé Information sur le Traitement Sexe

		Sexe		Total
		Homme	Femme	
Information sur le Traitement	Oui	6	1	7
	Non	2	1	3
Total		8	2	10

**P= 0.49**

La comparaison de la distribution du sexe avec les patients qui ont développé des informations sur le traitement ne montre aucune différence statistiquement significative  $p = 0,49$

## 8 Relation entre l'évolution des connaissances du patient sur le traitement et le niveau d'instruction :

Tableau XIII : Tableau croisé Information sur le Traitement Niveau d'instruction

		Niveau d'instruction				Total
		jamais scolarisé	Moyen	Lycée	université	
Information sur le Traitement	Oui	3	2	1	1	7
	Non	1	2	0	0	3
Total		4	4	1	1	10

**P = 0.644**

La comparaison de la distribution du niveau d'instruction avec les patients qui ont développé des informations sur le traitement ne montre aucune différence statistiquement significative  $p = 0.644$

## Résultats

---

### 9 Relation entre l'évolution des connaissances du patient sur le traitement et la zone de vie :

Tableau XIV : Tableau croisé Information sur le Traitement Répartition de la population selon la zone de vie

		Répartition de la population selon la zone de vie		Total
		Urbain	Rural	
Information sur le Traitement	Oui	2	5	7
	Non	1	2	3
Total		3	7	10

**P=0,035**

La comparaison de la distribution de la zone de vie avec les patients qui ont développé des informations sur le traitement montre une différence statistiquement significative  $p = 0.035$

### 10 Relation entre l'évolution des connaissances du patient sur le traitement et le mode de vie :

Tableau XV : Tableau croisé Information sur le Traitement Répartition de la population selon le mode de vie

		Répartition de la population selon le mode de vie		Total
		Seul	avec famille	
Information sur le Traitement	Oui	0	7	7
	Non	1	2	3
Total		1	9	10

**p=0.028**

La comparaison de la distribution du mode de vie avec les patients qui ont développé des informations sur le traitement montre une différence statistiquement significative  $p=0.028$

# Discussion

### **Introduction :**

L'objectif principal d'un programme ou d'une démarche d'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques est d'améliorer les connaissances et les informations du patient sur sa maladie.

Le pharmacien comme démontré précédemment détient un rôle important dans cette démarche individuellement ou au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

L'évaluation s'attache à mettre en valeur les diverses transformations intervenues chez le patient et son entourage, en termes d'acquisition de compétences d'autosoins, d'acquisition ou de mobilisation de compétences d'adaptation, de vécu de la maladie chronique au quotidien, d'autodétermination et de capacité d'agir. Cette évaluation individuelle de l'ETP est complémentaire du suivi médical, et aboutit, en concertation avec les professionnels impliqués dans la prise en charge, à proposer une offre complémentaire d'ETP.

### **- Limite d'étude :**

L'ETP est considéré comme une approche thérapeutique nouvelle qui suscite de nombreux questionnements de la part des équipes soignantes.

L'évaluation d'une approche d'éducation thérapeutique par un auto-questionnaire ou les données recueillies sont déclaratives et pourraient ne pas refléter la réalité des pratiques.

Le temps de notre étude est court, vu que notre mémoire est fait sur une durée limitée pour notre fin de cursus, ce travail devrait être fait sur une durée plus longue.

Les données recueillies lors des évaluations ne résultent pas de l'observation des pratiques, mais de ce qui a été déclaré par les patients interrogés. Or ces derniers peuvent cacher ce qui se passait réellement.



### **Etude des facteurs influençant le développement des connaissances sur la maladie et le traitement :**

#### **\*Le sexe :**

Dans notre étude nous avons un sexe ratio de 4 (80% d'hommes et 20% de femmes) Avec une prédominance du sexe masculin ce qui concorde avec les chiffres d'OMS dont les hommes sont les plus atteints avec un chiffre de 12 millions contre 9 millions de femmes. Notre étude n'a pas montré une corrélation significative entre le sexe et le développement des connaissances sur la maladie ( $p=0.301$ ), Par ailleurs, Martha Sajatovic et al(76) ont montré que les femmes présentent une meilleure tendance à développer des connaissances et des capacités sur la maladie que les hommes. En ce qui concerne l'acquisition des informations sur le traitement notre étude n'a pas montré de lien entre le sexe et le développement des informations sur le traitement ( $p=0.49$ ) , Ce résultat rejoint celui de D Matteo et al (77) qui a trouvé que l'amélioration des informations sur le traitement n'est pas associée au sexe.

#### **\*L'Age :**

La population objet de notre étude appartient à différentes tranches d'âge avec prédominance des sujets âgés de plus de 40 ans L'âge moyen de notre population est de 47 ans. Notre étude n'a pas trouvé une corrélation significative entre l'âge et l'évolution des connaissances sur la maladie ( $p=0.24$ ) Des études ont été réalisées sur le lien entre l'âge et le développement des connaissances sur la maladie (78) ont montré que les sujets âgés ont plus tendance à améliorer leurs connaissances sur leur pathologie que les sujets jeunes. Selon une étude réalisée par HAS en 2007(26) le vieillissement entraîne une perte de résistance physique, une diminution des fonctions sensorielles, des aptitudes intellectuelles, de la mémoire et de la vitesse d'exécution des opérations cognitives ce qui affecte la capacité de ses patients à suivre ou à comprendre l'approche d'éducation thérapeutique. Dans notre étude on a trouvé que l'âge n'a pas d'influence sur le développement des informations sur le traitement ( $p=0,45$ )

## Discussion

---

En revanche selon une étude publiée par Christine Mirabelle et Luis Vera (79) le sujet jeune a généralement un moins bon niveau d'observance et de tendance à améliorer ses connaissances sur le traitement.

### **\*Mode de vie :**

Notre étude a montré un lien significatif entre le mode de vie et le développement des connaissances sur la maladie ( $p=0.0307$ ), ces résultats sont similaires à l'étude réalisée par Alicia Lucksted, William McFarlane, Donna Downing.

Alicia Lucksted et Al(80) dans une étude prospective décrivent le rôle des familles comme celui d'accompagnants, mais aussi celui d'aidants lorsque l'autonomie du patient n'est pas optimale.

Il semble naturel dans une prise en charge biopsychosociale(81), d'intégrer les proches dans la prise en charge du patient. En effet, dans les maladies chroniques, c'est la famille entière qui doit faire face à la maladie. La présence des proches dans les maladies chroniques, aide le malade à relativiser, à avoir un regard positif sur ce qui lui arrive, et diminue les risques des rechutes et d'aggravation de la maladie. La participation de l'entourage à la prise en charge de la maladie est également bénéfique pour les proches eux-mêmes pour lesquels il a été prouvé que le niveau d'anxiété et de dépression était au moins aussi important chez eux que chez les malades chroniques.

En ce qui concerne l'amélioration des informations sur le traitement notre étude a montré une relation significative entre l'implication de la famille et l'acquisition des informations sur le traitement ( $p=0.028$ ) ceci était similaire à l'étude réalisée par F Salome (82) qui montre l'impact positif de l'implication de l'entourage sur la compréhension et l'amélioration des informations sur le traitement prescrit.

D'après l'enquête réalisée par Emmanuelle Corruble (83) le développement des connaissances et l'information sur la maladie et le traitement est d'autant meilleure que l'entourage est perçu comme soutenant, que les conflits familiaux sont peu importants et que les membres de la famille acceptent d'adapter leur vie aux changements nécessités par la maladie.

Des études (84) ont montré que l'implication des familles permet une diminution des rechutes et une amélioration des notions des patients sur le traitement prescrit.

## Discussion

---

### **\*Zone de vie :**

Notre étude a montré une corrélation entre le fait de vivre dans une zone urbaine et le développement des connaissances sur la pathologie ( $P = 0,035$ ).

D Viard et al (84) ont montré dans une étude que l'isolement géographique, la précarité et la faible culture en santé du patient peuvent influencer ou créer des difficultés à inscrire une motivation ou à s'impliquer dans un programme d'ETP.

### **\*Niveau d'instruction :**

Notre étude n'a pas montré une corrélation entre le niveau d'étude et le développement des connaissances sur la maladie ( $p = 0,644$ ).

Dans une étude réalisée par J.-P. Lang et al (85) avaient trouvé que les patients non scolarisés trouvent des difficultés à s'impliquer ou à comprendre un programme d'éducation thérapeutique.

Par rapport à l'observance du traitement notre étude n'a pas montré de corrélation entre le niveau scolaire et le développement des connaissances sur le traitement ( $p = 0,644$ ).

De nombreuses études ont démontré que l'analphabétisme soit un facteur de la mauvaise observance.

Dans l'étude de Maan C G (86) Les patients illettrés trouvent des difficultés à comprendre les informations qui concernent la maladie ou le traitement contrairement aux patients ayant un niveau intellectuel.

### **\*La satisfaction des patients de la qualité du programme d'éducation thérapeutique :**

Notre étude n'a pas montré d'influence significative sur la satisfaction des patients en fonction de la catégorie de diagnostic, l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et le mode de vie, ces résultats sont similaires avec une étude suisse (87) réalisée à propos de 199 patients qui a montré que les facteurs sociodémographiques n'ont pas d'influence sur la satisfaction des patients du programme fournie.

Selon une enquête réalisée par Laure Garbacz et Al (81) 85,8 % de la population étudiée constataient une évolution dans la vie quotidienne du patient après l'ETP et que 82 % des patients ressentaient une satisfaction des connaissances apportées par l'approche d'éducation thérapeutique.

### Recommandations :

- **Il est recommandé aux soignants ‘Pharmaciens médecins infirmiers :**
  - De renforcer la prise en charge des maladies chroniques par l'utilisation de l'éducation thérapeutique du patient.
  - D'accorder une priorité à l'éducation thérapeutique du patient dans leur formation permanente.
  - D'intégrer l'éducation thérapeutique du patient dans la prise en charge de tous les patients atteints de maladies chroniques.
  - D'évaluer la qualité de la pratique éducative.
  - D'évaluer les résultats de l'éducation thérapeutique du patient.
  - Etre centrée sur le patient : intérêt porté à la personne dans son ensemble, respect de ses préférences, prise de décision partagée.
  - Etre scientifiquement fondée (recommandations professionnelles, littérature scientifique pertinente, consensus professionnel), et enrichie par les retours d'expérience des patients et de leurs proches pour ce qui est du contenu et des ressources éducatives.
  - Se construire avec le patient, et impliquer ses proches.
  - S'adapter au profil éducatif et culturel du patient, et respecter ses préférences, son style et rythme d'apprentissage.
  
- **Il est recommandé aux autorités nationales de la Santé :**
  - de reconnaître que l'éducation du patient constitue une activité thérapeutique et de la financer en tant que telle.
  - de déterminer, dans la formulation de leurs priorités, stratégies et objectifs de santé et d'enseignement, dans quelle mesure ils soutiennent ou appliquent les propositions de ce rapport.
  - de créer des institutions officielles, nationales et régionales, pour soutenir, promouvoir et appliquer l'éducation du patient dans la prise en charge des maladies chroniques, afin d'en faire une partie intégrante des soins et de la formation des soignants.
  - d'inviter et d'associer les responsables politiques aux réunions nationales et internationales sur l'éducation thérapeutique du patient.

## Discussion

---

- d'inviter les associations de patients, ainsi que les responsables politiques, à déterminer ensemble des stratégies et des objectifs tenant compte des propositions de ce rapport.
- d'identifier et de soutenir les institutions d'enseignement capables d'introduire des changements favorables à l'éducation thérapeutique du patient.

# **Conclusion**

## Conclusion

---

L'éducation thérapeutique du patient a initié une révolution dans la prise en charge de personnes vivant avec une maladie chronique telle que la schizophrénie et a complètement bouleversé les pronostics.

Elle se pratique aujourd'hui sur la base de succès avérés, Cet enseignement a été adapté à nombre d'autres maladies chroniques telles que l'asthme bronchique, le syndrome d'apnée du sommeil, les maladies cardiovasculaires, et autres. À chaque fois, on constate moins de crises, de complications, et d'hospitalisations après enseignement.

Le pharmacien est un acteur essentiel dans la prise en charge de la maladie mentale en général et de la schizophrénie en particulier. Lorsqu'elle peut avoir lieu, l'approche éducative reposant sur l'alliance thérapeutique entre le pharmacien et le patient est très profitable.

# **Références bibliographiques**



## Références bibliographiques

---

1. Foucaud J, Bury J, Balcou-Debussche M, Eymard C. Éducation thérapeutique du patient: modèles, pratiques et évaluation: Inpes; 2010.
2. Organization WH. Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases: report of a WHO working group. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998.
3. Fall E, Chakroun N, Dalle N, Izaute M. Is patient education helpful in providing care for patients with rheumatoid arthritis? A qualitative study involving French nurses. *Nursing & health sciences*. 2013;15(3):346-52.
4. Guérois C. L'éducation thérapeutique du patient hémophile: Therapeutic education for hemophiliacs. *Kinésithérapie, la revue*. 2009;9(88):37-40.
5. Certain A. L'éducation thérapeutique du patient dans le contexte de la promotion de la santé: son déploiement dans le parcours de soins et aspects éthiques. *Ethics, Medicine and Public Health*. 2015;1(3):393-403.
6. Traynard P-Y, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A. Education thérapeutique: prévention et maladies chroniques: Elsevier Health Sciences; 2020.
7. Gagnayre R. L'éducation thérapeutique du patient: un champ à part entière en éducation médicale. *Pédagogie médicale*. 2007;8(2):115-6.
8. Grenier B, Bourdillon F, Gagnayre R. Le développement de l'éducation thérapeutique en France: politiques publiques et offres de soins actuelles. *Santé publique*. 2007;19(4):283-92.
9. d'Ivernois J-F, Gagnayre R. Compétences d'adaptation à la maladie du patient: une proposition. *Education thérapeutique du patient-Therapeutic patient education*. 2011;3(2):S201-S5.
10. Naudin D, Margat A, Rolland G. Guide de l'éducation thérapeutique du patient: ETP-Fiches de soins éducatifs pour les infirmier (e) s: Elsevier Health Sciences; 2016.
11. Deccache A, La Vendhomme E. Information et éducation du patient: des fondements aux méthodes: De Boeck Université; 1989.
12. Assal J-P, Lacroix A. L'éducation thérapeutique des patients. *Nouvelles approches de la maladie chronique* Editions Vigot Paris. 1998.
13. Lasserre A. Educateur ou psychothérapeute: où se situe la frontière. *Journal du DELF*. 2008:2-5.
14. Lagger G, Chambouleyron M, Lasserre-Moutet A, Giordan A, Golay A. Education thérapeutique, 1re partie: origines et modèle. *Médecine*. 2008;4(5):223-6.
15. Jourdain P, Juillièrè Y. Therapeutic education in patients with chronic heart failure: proposal for a multiprofessional structured programme, by a French Task Force under the auspices of the French Society of Cardiology. *Arch Cardiovasc Dis*. 2011;104(3):189-201.
16. Article L 1161-1 et suivants du Code de santé publique. Legifrance.
17. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Haute Autorité De Sécurité; Juin 2007 [Available from: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_definition\\_finalites\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf)].
18. de Santé HA. Guide méthodologique: structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Haute Autorité de Santé, Juin 2007. Disponible sur: [http://www has--sante fr/portail/jcms/c\\_601290/fr/structuration--dun--programme--deducation--therapeutique--du--patient--dans--le--champ--des--maladies--chroniques](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601290/fr/structuration-dun-programme-deducation-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques).

## Références bibliographiques

---

19. ACODAD I. HYPERTENSION ARTERIELLE DE L'ADULTE: ETUDE DE CAS SUR LES CONNAISSANCES EN TERMES D'HTA DES PATIENTS HYPERTENDUS 2021.
20. Moulaire V, Tonnerre D, Feral-Currière C, Colmel C, Gagnayre R, de la Tribonnière X. Évaluation du fonctionnement interdisciplinaire d'équipes impliquées en éducation thérapeutique du patient par l'utilisation d'un questionnaire. *Education Thérapeutique du Patient-Therapeutic Patient Education*. 2017;9(1):10104.
21. Llambrich C, Pouteau C. Les représentations et rôles des soignants au regard des pratiques d'ETP. *Éducation et socialisation Les Cahiers du CERFEE*. 2017(44).
22. Couty E. Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie: rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports: Ministère de la santé et des sports; 2009.
23. Touzet P. L'éducation thérapeutique en psychiatrie. *Le journal des psychologues*. 2012(2):40-3.
24. Lang J, Jurado N, Herdt C, Sauvanaud F. Education care in patients with psychiatric disorders in France: Psychoeducation or therapeutic patient education? *Revue D'épidemiologie et de Sante Publique*. 2018;67(1):59-64.
25. Vargas-Schaffer G, Cogan J. Patient therapeutic education: placing the patient at the centre of the WHO analgesic ladder. *Canadian Family Physician*. 2014;60(3):235-41.
26. Cypress M, Weinger K, Mulcahy K, Barta P. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. *Guide méthodologique, HAS*. 2007.
27. Iguenane J, Gagnayre R. L'éducation thérapeutique du patient: le diagnostic éducatif. *Les cahiers de kinésithérapie*. 2004;2:58-64.
28. Cohen J-D, Chirol ST. Les patients dans les programmes d'ETP. *Revue du rhumatisme monographies*. 2013;80(3):197-201.
29. Daher M-L. PROPOSITIONS pour L'EVALUATION en EDUCATION THERAPEUTIQUE du PATIENT [26]. Available from: <http://www.rsms.asso.fr/pages/10%20Diaporamas/110519etpdaher.pdf>.
30. d'Ivernois J-F, Gagnayre R. Propositions pour l'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient. *ADSP*. 2007;58:57-61.
31. Ledroit M, Wabo MM, Berroneau A, Xuereb F. Role of the pharmacist in therapeutic education. *ACTUALITES PHARMACEUTIQUES*. 2017;56(566):45-8.
32. Baudrant M, Rouprêt J, Trout H, Certain A, Tissot E, Allenet B. Réflexions sur la place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. *Journal de pharmacie clinique*. 2008;27(4):201-4.
33. Allenet B, editor Pour que l'éducation thérapeutique du patient devienne pour le pharmacien une posture de travail. *Annales pharmaceutiques françaises*; 2012: Elsevier.
34. Hayward RA, Krein SL, Vijan S. Proactive case management of high-risk patients with type 2 diabetes mellitus by a clinical pharmacist: a randomized controlled trial. *Am J Manag Care*. 2005;11:253.
35. Nkansah NT, Brewer JM, Connors R, Shermock KM. Clinical outcomes of patients with diabetes mellitus receiving medication management by pharmacists in an urban private physician practice. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2008;65(2):145-9.
36. de Beauchamp I, Lévy-Chavagnat D, Poupin C. Éducation thérapeutique et schizophrénie: quelles méthodes? *Actualités Pharmaceutiques*. 2013;52(524):14-21.
37. De Beauchamp I, Favré P, Bolton M, Palazzolo J. Information sur le médicament en psychiatrie: Quel rôle pour le pharmacien hospitalier?: L'information sur le médicament. *Perspectives psychiatriques (Paris)*. 2000;39(1):14-9.

## Références bibliographiques

---

38. Ivey MF. The pharmacist in the care of ambulatory mental health patients. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 1973;30(7):599-602.
39. Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient. *Legifrance*. 02/08/2010.
40. O'Reilly CL, Simon Bell J, Chen TF. Pharmacists' beliefs about treatments and outcomes of mental disorders: a mental health literacy survey. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010;44(12):1089-96.
41. Finley PR, Rens HR, Pont JT, Gess SL, Louie C, Bull SA, et al. Impact of a collaborative pharmacy practice model on the treatment of depression in primary care. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2002;59(16):1518-26.
42. Gisev N, Bell JS, O'Reilly CL, Rosen A, Chen TF. An expert panel assessment of comprehensive medication reviews for clients of community mental health teams. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2010;45(11):1071-9.
43. Phokeo V, Sproule B, Raman-Wilms L. Community pharmacists' attitudes toward and professional interactions with users of psychiatric medication. *Psychiatric Services*. 2004;55(12):1434-6.
44. BORDENAVE GABRIEL C, GIRAUD BARO E, DE BEAUCHAMP I, BOUGEROL T, CALOP J. Conception et mise en place d'une pratique d'éducation thérapeutique pour les patients psychotiques sous traitement neuroleptique: le programme Pharmation. *Education du Patient et Enjeux de Santé*. 2002;21(3):77-84.
45. Bell S, McLachlan AJ, Chen TF, Whitehead P, Aslani P. Community pharmacy services to optimise the use of medications for mental illness: a systematic review. *Australia and New Zealand health policy*. 2005;2(1).
46. Hocking B. Reducing mental illness stigma and discrimination-everybody's business. *Medical Journal of Australia*. 2003;178(9):S47.
47. Rockville M. Mental health: A report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services. 1999.
48. Holmes EP, Corrigan PW, Williams P, Canar J, Kubiak MA. Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*. 1999;25(3):447-56.
49. Corrigan PW, Green A, Lundin R, Kubiak MA, Penn DL. Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric services*. 2001;52(7):953-8.
50. Bell JS, Johns R, Chen TF. Pharmacy students' and graduates' attitudes towards people with schizophrenia and severe depression. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2006;70(4).
51. Mino Y, Yasuda N, Tsuda T, Shimodera S. Effects of a one-hour educational program on medical students' attitudes to mental illness. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2001;55(5):501-7.
52. Funk M. Integrating mental health into primary care: a global perspective: World Health Organization; 2008.
53. Rijcken C, Slooff C, Boelema G, de Jong-van den Berg L. Providing pharmaceutical schizophrenia care: towards an extended role of the Dutch community pharmacist. *Pharmacy data as a tool for assessing antipsychotic drug use*. 2003:125.
54. Rijcken C, de Jong-van den Berg L, van der Veur H, Knegeting H. Schizophrenia care and the Dutch community pharmacy: The unmet needs. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2003;11(2):97-104.
55. Toner J. Schizophrenia: management and care in the community. *British journal of community nursing*. 2000;5(10):490-3.

## Références bibliographiques

---

56. Rijcken C, Boelema G, Slooff C, de Jong-van den Berg L. The role of the pharmacist in the treatment of schizophrenia: a review. *Pharmacy data as a tool for assessing antipsychotic drug use.* 2002;11.
57. Motlova L. Psychoeducation as an indispensable complement to pharmacotherapy in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry.* 2000;33(Sup. 1):47-8.
58. Bond WS, Hussar DA. Detection methods and strategies for improving medication compliance. *American journal of hospital pharmacy.* 1991;48(9):1978-88.
59. Power P, Elkins K, Adlard S, Curry C, McGorry P, Harrigan S. Analysis of the initial treatment phase in first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry.* 1998;172(S33):71-6.
60. Jones RB, Atkinson JM, Coia DA, Paterson L, Morton AR, McKenna K, et al. Randomised trial of personalised computer based information for patients with schizophrenia. *BMJ.* 2001;322(7290):835-40.
61. Van Grootheest A, Van Puijenbroek E, de Jong-van den Berg L. Contribution of pharmacists to the reporting of adverse drug reactions. *Pharmacoepidemiology and drug safety.* 2002;11(3):205-10.
62. Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophrenia bulletin.* 1997;23(4):637-51.
63. Rijcken C, Dekens-Konter J, de Jong-van den Berg L, Knegtering H. Reporting sexual function disorders caused by antipsychotic drugs: is there a role for the community pharmacy? *Pharmacy World and Science.* 2001;23(5):169-72.
64. Liberman RP, Hilty DM, Drake RE, Tsang HW. Requirements for multidisciplinary teamwork in psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Services.* 2001;52(10):1331-42.
65. Wiersma D, Nienhuis FJ, Slooff CJ, Giel R. Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year followup of a Dutch incidence cohort. *Schizophrenia bulletin.* 1998;24(1):75-85.
66. Cornblatt B, Lencz T, Obuchowski M. The schizophrenia prodrome: treatment and high-risk perspectives. *Schizophrenia research.* 2002;54(1-2):177-86.
67. Birchwood M, Spencer E. Early intervention in psychotic relapse. *Clinical psychology review.* 2001;21(8):1211-26.
68. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services.* 2000;51(2):216-22.
69. Hewitt RDO. *Moving on: A guide to good health and recovery for people with a diagnosis of schizophrenia;* Routledge; 2018.
70. Massé G. Pour une réhabilitation psychosociale à la française. *L'information psychiatrique.* 2006;82(4):291-6.
71. Henderson DC, Borba CP, Daley TB, Boxill R, Nguyen DD, Culhane MA, et al. Dietary intake profile of patients with schizophrenia. *Annals of clinical psychiatry.* 2006;18(2):99-105.
72. Littrell KH, Hilligoss NM, Kirshner CD, Petty RG, Johnson CG. The effects of an educational intervention on antipsychotic-induced weight gain. *Journal of Nursing Scholarship.* 2003;35(3):237-41.
73. Desselle S. Pharmacists' perceptions of a set of pharmaceutical care practice standards. *Journal of the American Pharmaceutical Association (1996).* 1997;37(5):529-34.
74. Van Mil J, De Boer W, Tromp T. European barriers to the implementation of pharmaceutical care. *International Journal of Pharmacy Practice.* 2001;9(3):163-8.
75. Montgomery AT, Källemark-Sporrong S, Henning M, Tully MP, Kettis-Lindblad Å. Implementation of a pharmaceutical care service: prescriptionists', pharmacists' and doctors' views. *Pharmacy World & Science.* 2007;29(6):593-602.

## Références bibliographiques

---

76. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. Adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *The Journal of clinical psychiatry*. 2009;70(suppl 4):455.
77. DiMatteo MR. Enhancing patient adherence to medical recommendations. *Jama*. 1994;271(1):79-83.
78. Ravikrindi S, Kommanaboina HK, Yejerla RK, Kunta SS. ESTIMATION OF TREATMENT COMPLIANCE IN SCHIZOPHRENIA IN GUNTUR CITY. 2018.
79. Mirabel-Sarron C, Vera L. L'entretien en thérapie comportementale et cognitive-5e éd: Dunod; 2020.
80. Lucksted A, McFarlane W, Downing D, Dixon L. Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of marital and family therapy*. 2012;38(1):101-21.
81. Garbacz L, Jullière Y, Alla F, Jourdain P, Guyon G, Coudane H, et al. Impact de l'éducation thérapeutique sur les habitudes de vie: perception des patients et de leurs proches. *Santé Publique*. 2015;27(4):463-70.
82. Salomé F, Lagathu C, Demant J, Petitjean F, editors. Un programme d'information sur la maladie et ses traitements destiné aux patients atteints de schizophrénie: PACT®. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*; 2002: Elsevier.
83. Corruble E, Hardy P. Observance du traitement en psychiatrie. *Encyclopédie médicochirurgicale*. 2003:37-860.
84. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane database of systematic reviews*. 2011(6).
85. Lang J-P, Jurado N, Herdt C, Sauvanaud F, Tongio LL. L'éducation thérapeutique pour les patients souffrant de troubles psychiatriques en France: psychoéducation ou éducation thérapeutique du patient? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2019;67(1):59-64.
86. Maan C, Hussain M, Heramani N, Lenin R. Factors affecting non-compliance among psychiatric patients in the regional institute of medical sciences, Imphal. *IOSR J Pharm*. 2015;5(1):1-5.
87. Labbé-Pinlon B, Lombart C, Louis D. Impact de la proximité perçue d'un magasin sur la fidélité des clients: le cas des magasins d'enseignes alimentaires de proximité. *Management Avenir*. 2016;84(2):73-94.

# **Annexes**



## Annexe 1 : Fiche de recueil des informations nécessaires à propos des patients

### **Questionnaire patient :**

Le questionnaire est composé de **37** questions qui sont des questions fermées hormis la question concernant l'âge des patients. Le questionnaire est divisé en trois(3) grandes parties :

➤ **Partie 1** : Informations générales sur le patient (sexe, âge, situation familiale, profession, le niveau d'instruction, niveau socio-économique, type d'habitation).

➤ **Partie 2** : En rapport avec leur maladie (durée de diagnostique, état actuelle, la présence ou l'absence d'antécédent psychiatrique, traitement prescrit, leur tolérance du traitement, autre maladie chronique).

➤ **Partie 3** : En rapport avec la dispensation du traitement par le pharmacien.

### **Les questions :**

N° de dossier : /\_\_ /

Date de l'examen /\_\_ /\_\_ /\_\_ /

Nom de l'examineur :

1-Patient : / / / / / / (3lettres du nom de famille et 2 du prénom)

2-Sexe : H (1), F(2) /\_\_ /

3-Date de naissance : /\_\_ /\_\_ /\_\_ / Age :

4-Adresse : commune

5-Etat civil actuel: célibataire (1) ; marié(e) (2) ; divorcé(e) (3) ; séparé (4) ; veuf (5) /\_\_ /

6- Nombre d'enfant : /\_\_ /

7-vivez-vous seul(e) ou avec quelqu'un d'autre : /\_\_ /

Seul(e) (1) ; avec époux (se) et/ou enfants (2) ; chez les parents (3) ; avec des frères ou des sœurs (4) ; autres (5).

8-Activité professionnelle : fonction libérale (1) ; fonction publique (2) ; autres (3) ; étudiants (4) /\_\_ /

9- Es ce que vous travaillez toujours : 1 oui /\_\_ / non /\_\_ / 2

10-Niveau d'instruction : jamais scolarisé (1) ; élémentaire (2) ; moyen (3) ; lycée (4) ; formation professionnelle (5) ; université (6) /\_\_ /

11- service militaire /\_\_ / 1 oui 2 non

12--Antécédents familiaux : /\_\_ / 1 oui / 2 non

13-affection somatique (Code selon la cim10) /\_\_ /

14- Affection psychiatrique : Code selon le DSMIV /\_\_ /

15-Antécédents personnels : /\_\_ /

Médicaux (1) ; chirurgicaux (2) ; Medico chirurgicaux (3) aucun (4)

16. Habitudes toxiques ; aucune (1) tabac (2) ; tabac chiqué (3) ; cannabis (4) ; alcool (5) ; benzodiazépines (6) ; solvants volatiles (7) ; drogues dures (8) ; autres (9) ; polytoxicomanie (10)

### **TROUBLE PSYCHIATRIQUE (SCHIZOPHRÉNIE) :**

17-Diagnostic selon le DSM IV : /\_\_ /

18-Début des troubles : 01an (1) ; 02ans (2) ; 03ans (3) ; plus (4) ; indéterminé (5). /\_\_ /

19-Mode de début : aigu (1) ; progressif (2) ; Indéterminé (3). /\_\_ /

## Annexes

---

20-Age de la première consultation : avant 10ans (1) ; entre 10ans et 15ans (2) ; entre 15ans et 20ans (3) ; entre 20ans et 25ans (4) ; entre 25ans et 30ans (5) ; entre 30ans et 35(6), entre 35ans et 40ans (7) ; plus de 40ans (8) ; indéterminé (9) /\_/

21-Nombre d'hospitalisation : 01(1) ; 02(2) ,03(3) ; plus de 03(4) ; Indéterminé (5). Aucune (6) /\_/

22-Nombre de rechute : 01(1) ; 02(2) ,03(3) ; plus de 03(4) ; indéterminé (5). Aucune (6) /\_/

23-Tentative de suicide : oui/\_\_/ non /\_/

24-Nombre de tentative de suicide : /\_/

25-Traitement:(actuel)

A-Antipsychotique classique : oui/\_\_/ non /\_/1oui 2non

B-Antipsychotique atypique : oui/\_\_/ non /\_/1oui 2non

C-Antiparkinsonien de synthèse : oui/\_\_/ non /\_/1oui 2non

26-Traitement antérieur :

A-Antidépresseur tricyclique : oui/\_\_/ non /\_/

B-IRSS : oui/\_\_/ non /\_/

C-Autre antidépresseur oui/\_\_/ non /\_/

D-Tranquillisant anxiolytique : oui/\_\_/ non /\_/

E-Neuroleptique à action prolongé : oui/\_\_/ non /\_/

F-Antipsychotique atypique à action prolongé oui/\_\_/ non /\_/

G-Thymorégulateur : oui/\_\_/ non /\_/

H-Electro convulsivothérapie : oui/\_\_/ non /\_/

I-traitement traditionnel. Oui/\_\_/ non /\_/

27-TRT antipsychotique actuelle : /\_/

Haloperidol (1), olanzapine (2), risperidone (3) ,solian (4), Aripiprazole (5) ,clozapine ( 6 ) , autres ( 7).Haloperidol et olanzapine ( 8 ) , Haoperidol et risperidone ( 9 ) , Haloperidol et solian (10) , Haldol et Aripiprazole (11)

28- Etat actuel des patients : /\_/

Guéri(1) rémission(2) en souffrance(3)

29-la tolérance des patients aux traitements : /\_/

Toléré(1) Gênant(2) Insupportable(3)

30- l'habitude de prendre le traitement de la même pharmacie : Oui/\_\_/ non /\_/

31- Le temps moyen qu'aborde le pharmacien lorsqu'il dispense les médicaments aux patients :

0-5min/\_\_/ 5-10min /\_\_/ 10-15min/\_\_/ 15-20min /\_\_/

32-Les conseils que le pharmacien aborde avec les patients? /\_/

Posologie et horaire(1) Intérêt de chaque médicament(2) Effets indésirables possibles(3) Interactions médicamenteuses(4) éventuelles Modalités d'utilisation (pour un nouveau médicament (5) Conditions de conservation(6)

33- Est-ce que le pharmacien vous rappelle sur la psychothérapie à effectuer : Oui/\_\_/ Non /\_\_/

34- Quels sont les critères de choix pour une pharmacie? /\_/

Emplacement(1) accueil(2) Qualité du service(3) conseils(4) Disponibilité(5)

35- : l'habitude du pharmacien a donné des conseils hors ceux liées au traitement:

Oui/\_\_/ Non /\_\_/

36- l'habitude des patients de faire du sport: Oui/\_\_/ Non

37-si oui, la fréquence de pratique du sport : /\_/

Quotidiennement(1) 1à2 fois/semaine(2)



### Annexe 2 : Fiche du diagnostic éducatif.

#### Qu'est-ce qu'il a ?

Comment faites-vous pour prendre votre traitement ?

Selon-vous votre maladie est plutôt bénigne ou plutôt grave ?

Quels problèmes vous pose la gestion de votre traitement ?

**Ce qu'il sait** : connaissance sur sa maladie ce qu'il veut savoir

Que savez-vous sur votre maladie ! Que vous a ton dit !

Comment expliquez-vous ce qui vous est arrivé !

Pouvez-vous expliquer à quoi sert le traitement !

Quelles questions vous posez-vous !

**Ce qu'il croit ce qu'il ressent** : Perception de la maladie du TRT croyance en santé

Comment vous sentez vous !

Comment vivez-vous avec votre maladie !

Que pensez-vous de votre traitement ! de votre maladie !

**Ce qu'il fait** : Action du patient face à sa maladie, expérience stratégie d'adaptation

Quel genre de problèmes avez-vous déjà rencontré !

Qu'avez-vous fait ! que pensez-vous du résultat !

**Qu'il est** : Sa situation sociale et familiale ! ses habitudes ses loisirs

Comment ça se passe au quotidien avec votre famille ! au travail !

Quelle sont les personnes avec qui vous parlez de votre maladie !

Comment réagissent-ils !

Quelles sont vos activités préférées !

**Ce qui le motive** : projet du patient, capacité du patient a envisagé le projet

Qu'est-ce qui vous plait dans la vie !

Quels sont vos projets !

Qu'avez-vous envie de faire !

Diagnostic éducatif	oui	non
Implication de l'entourage		
Activités préférées		
Des problèmes liés à la gestion du traitement		
Régime alimentaire		
Activité physique		
La Connaissance sur la maladie		
La maîtrise du stress		
Notion sur le traitement		
Confiance en soi		

## Annexes

---

**Annexe 3 :** Compétences à acquérir par le patient pour gérer sa maladie, chronique et exemples pour l'évaluation individuelle.

Compétences	Objectifs spécifiques (exemples)	Outils/éléments évalués
Développement des connaissances sur la maladie Et le traitement		
Comprendre, s'expliquer Situer son degré de certitude	Comprendre son corps, sa maladie, s'expliquer la physiopathologie, les répercussions socio familiales de la maladie, s'expliquer les principes du traitement	Questionnaire administré par le soignant (test vrai/faux et degré de certitude)
Repérer, analyser, mesurer	Repérer des signes d'alerte des symptômes précoces, analyser une situation à risque, des résultats d'examen. Mesurer sa glycémie, sa tension artérielle, son débit respiratoire de pointe, etc.	À partir du récit d'un événement par le patient : questionnement d'explicitation : qualité de la stratégie de résolution de problème mise en œuvre par le patient, selon des critères d'appréciation dépendant du contexte du patient
Faire face, décider	Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une crise ou une rechute	À partir d'une question d'appel ou d'une situation proche de la question d'appel

### Annexe 4 : Grille d'évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique

	<b>Eduqué</b>	<b>Non acquis</b>	<b>Moyennement acquis</b>	<b>Maitrisé</b>	<b>Non évalué</b>
<b>Connaissance sur la maladie</b>					
<b>Connaissance sur le traitement</b>					
<b>Capacité d'auto soins</b>					
<b>Prévention de la rechute</b>					
<b>Régime alimentaire</b>					
<b>Activité physique</b>					
<b>Estime de Soin</b>					
<b>Capacités psychosocial</b>					



## Résumé :

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une pratique et un domaine scientifique jeune, évolutif, qui trouve un ancrage à la fois dans la médecine, la pédagogie de la santé et les sciences humaines et sociales. L'ETP implique souvent le pharmacien exerçant dans un établissement spécialisé en santé mentale. L'intérêt de sa participation est reconnu depuis longtemps ou la pharmacie peut devenir une scène d'apprentissage de compétences pour les patients/clients. Notre étude a pour objectif à son premier volet d'évaluer les connaissances des patients après une approche d'éducation thérapeutique. Le second volet apprécie l'échelle de satisfaction des patients du programme fournie. 40% des patients avec une tranche d'âge supérieure à 30 ont réussi à développer des connaissances sur la maladie et le traitement prescrit dont 50% sont des hommes, 60% de patients vivants dans une zone urbaine ont amélioré leurs notions et connaissances sur leur pathologie, À l'expérimentation, cette démarche a amélioré l'implication de l'entourage de 70% de patients dans l'accompagnement et le soutien du patient au cours de cette démarche d'éducation. Cette démarche a également révélé la satisfaction de 40 % des patients de la qualité du programme d'éducation thérapeutique fourni. Enfin, notre étude a confirmé que le conseil du pharmacien est un acte pharmaceutique primordial qui présente un grand intérêt à l'éducation thérapeutique, L'approche éducative a démontré que le pharmacien peut contribuer à l'amélioration des connaissances du patient sur son traitement et sa pathologie.

**Mots clés :** Education thérapeutique, diagnostic éducatif, pharmacien, démarche éducative.

## Summary:

Patient Therapeutic Education (PTE) is a young, evolving scientific practice and field, anchored in medicine, health education, and the humanities and social sciences. The PTE often involves the pharmacist practising in a mental health facility. The interest of its participation has long been recognized or the pharmacy can become a scene of learning skills for patients/clients. The primary objective of our study is to assess patient knowledge following a therapeutic education approach. The second component appreciates the patient satisfaction scale of the program provided. 40% of patients with an age group of more than 30 have succeeded in developing knowledge about the disease and the prescribed treatment of which 50% are men, 60% of patients living in an urban area have improved their notions and knowledge about their pathology, In experimentation, this approach has improved the involvement of the entourage of 70% of patients in the accompaniment and support of the patient during this educational process. This approach also revealed that 40% of patients were satisfied with the quality of the therapeutic education program provided. Finally, our study confirmed that the pharmacist's advice is a primordial pharmaceutical act that has a great interest in therapeutic education, the educational approach has shown that the pharmacist can contribute to improving the patient's knowledge of his treatment and pathology.

**Keywords:** Therapeutic education, educational diagnosis, pharmacist, educational approach.

## ملخص:

التعليم العلاجي للمريض هو ممارسة ومجال علمي شاب ومتطور، يركز على الطب والتثقيف الصحي والعلوم الإنسانية والاجتماعية. غالبًا ما يتضمن تثقيف المرضى العلاجي ممارسة الصيدلي في منشأة للصحة العقلية. لطالما تم الاعتراف باهتمام مشاركتها أو يمكن أن تصبح الصيدلية مسرحًا لمهارات التعلم للمرضى/العملاء. الهدف الأساسي لدراستنا هو تقييم معرفة المرضى باتباع نهج التثقيف العلاجي. المكون الثاني يقدر مقياس رضا المرضى للبرنامج المقدم. 40% من المرضى الذين تزيد أعمارهم عن 30 عامًا نجحوا في تطوير المعرفة بالمرض والعلاج الموصوف لهم بنسبة 50% من الرجال، 60% من المرضى الذين يعيشون في منطقة حضرية قاموا بتحسين مفاهيمهم ومعرفتهم حول علم الأمراض، في التجارب، أدى هذا النهج إلى تحسين مشاركة حاشية 70% من المرضى في مرافقة ودعم المريض خلال هذه العملية التعليمية. كشفت هذا النهج أيضًا أن 40% من المرضى راضون عن جودة برنامج التعليم العلاجي المقدم. أخيرًا، أكدت دراستنا أن نصيحة الصيدلي هي عمل صيدلاني أساسي له اهتمام كبير بالتعليم العلاجي، وقد أظهر النهج التعليمي أن الصيدلي يمكن أن يساهم في تحسين معرفة المريض بعلاجه وعلم الأمراض.

**الكلمات الرئيسية:** التعليم العلاجي، التشخيص التعليمي، الصيدلي، النهج التعليمي