

**R
A
F
M
I**



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

ORGANE DE

LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2024, DECEMBRE - VOLUME 11 (2-1)

Correspondance

Secrétariat

E-mail : revueafricainemi@gmail.com – Site web : www.rafmi.org

Université de Thiès – UFR Santé de Thiès. BP : 967 Thiès, Sénégal

Adresse

UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès

Ex 10^{ème} RIAOM. BP : 967 Thiès, Sénégal



DIRECTEUR DE PUBLICATION

Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF

Pr Adama BERTHE (Sénégal)

CURATEUR

Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal)

REDACTEURS ADJOINTS

Pr Joseph Y. DRABO (Burkina Faso), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali)

Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Eric ADEHOSSI (Niger)

Pr Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Pr Mohaman DJIBRIL (Togo)

CONSEILLERS SCIENTIFIQUES

Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal)

Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal)

Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal)

SECRETAIRES SCIENTIFIQUES

Pr Madoky Magatte DIOP (Sénégal)

Pr Papa Souleymane TOURE (Sénégal)

SECRETAIRE D'EDITION

M. Momar NDIAYE (Sénégal)

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE

Pr Ag. Gabriel ADE (Bénin), Pr Ag. Eric ADEHOSSI (Niger), Pr Koffi Daho ADOUBRYN (Côte d'Ivoire), Pr Aissah AGBETRA† (Togo), Pr Chantal G. AKOUA-KOFFI (Côte d'Ivoire), Pr Dégnon AMEDEGNATO (Togo), Pr Emmanuel ANDRES (France), Pr Ag. Khadiatou BA FALL (Sénégal), Pr Jean-Bruno BOGUIKOUMA (Gabon), Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal), Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal), Pr Thérèse Moreira DIOP (Sénégal), Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal), Pr Ag. Pauline DIOUSSE (Sénégal), Pr. Ag. Mohaman DJIBRIL (Togo), Pr Ag. Moustapha DRAME (France), Pr Ag. Fatou FALL (Sénégal), Pr Ag. Sara Boury GNING (Sénégal), Pr Fabien HOUNGBÉ (Bénin), Dr Josaphat IBA BA (Gabon), Dr Amadou KAKE (Guinée Conakry), Pr Alphonse KOUAME KADJO (Côte d'Ivoire), Pr Ouffoué KRA (Côte d'Ivoire), Pr Christopher KUABAN (Cameroun), Pr Abdoulaye LEYE (Sénégal), Pr Moussa Y. MAIGA (Mali), Pr Ag. Papa Saliou MBAYE (Sénégal), Pr Daouda K. MINTA (Mali), Pr Jean Raymond NZENZE (Gabon), Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Samdpawinde Macaire OUEDRAGO (Burkina Faso), Pr Abdoulaye POUYE (Sénégal), Pr Jean-Marie REIMUND (France), Pr Mamadou SAIDOU (Niger), Pr Ag. Jean SEHONOU (Bénin), Pr Damien SENE (France), Dr Ibrahima Khalil SHIAMAN-BARRO (Guinée Conakry), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali), Pr Ag. Hervé TIENO (Burkina Faso), Pr Ag. Abdel Kader TRAORE (Mali), Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali), Pr Boubacar WADE (Sénégal), Dr Téné Marceline YAMEOGO (Burkina Faso), Dr Yolande YANGNI-ANGATE (Côte d'Ivoire), Pr Ag. Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Dr Lassane ZOUNGRANA (Burkina Faso)

LE BUREAU DE LA SAMI

Président d'honneur 1 : Pr Niamkey Kodjo EZANI (Côte d'Ivoire)

Président d'honneur 2 : Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali)

Président : Pr Joseph DRABO (Burkina-Faso)

Vice-Président : Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)



RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

I. Principes généraux

La Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.) est une revue destinée aux médecins internistes et spécialistes d'organes. Les publications peuvent être présentées en Français et en Anglais. La revue offre diverses rubriques :

• articles originaux :

Les articles originaux présentent le résultat d'études non publiées et comportent une introduction résumant les hypothèses de travail, la méthodologie utilisée, les résultats, une discussion avec revue appropriée de la littérature et des conclusions.

Le résumé structuré (français et anglais) doit comporter : 1) Propos (état actuel du problème et objectif(s) du travail),

2) Méthodes – (matériel clinique ou expérimental, et méthodes utilisées), 3) Résultats, 4) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et comporter plus de 40 références.

• articles de synthèse :

Les articles de synthèse ont pour but de présenter une mise à jour complète de la littérature médicale sur un sujet donné. Leur méthodologie doit être précisée ; Le résumé n'est pas structuré (français et anglais). Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et 60 références.

• cas cliniques :

Les cas cliniques rapportent des observations privilégiées soit pour leur aspect didactique soit pour leur rareté.

La présentation suivra le même plan que celui d'un article original : Le résumé structuré (français et anglais) :

1) Introduction, 2) Résultats/Observation(s), 3) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 150 mots. Le texte ne doit pas excéder 2500 mots et 20 références.

• actualités thérapeutiques :

La Rédaction encourage la soumission de manuscrits consacrés à de nouvelles molécules ou nouvelles thérapeutiques. Ces manuscrits comprendront le positionnement de la nouvelle thérapeutique, une étude des essais cliniques, une revue des aspects pratiques et économiques, les questions en suspens.

• lettres à la rédaction :

Elles sont des textes relevant de commentaires brefs sur les conclusions d'articles déjà publiés ou sur un fait scientifique d'actualité (jusqu'à 800 mots, bibliographie non comprise. Il n'y aura pas dans ses rubriques ni résumé, ni mots clés. Le nombre de référence ne devra pas excéder dix (10).

• articles d'intérêt général :

Ils concernent l'histoire de la médecine, l'éthique, la pédagogie, l'informatique, etc.

• articles d'opinion :

Le Journal ouvre son espace éditorial aux articles d'opinion sur des questions médicales, scientifiques et éthiques ; le texte pourra être accompagné d'un commentaire de la rédaction. Il ne devra pas dépasser 800 mots.

• courrier des lecteurs :

La Rédaction encourage l'envoi de lettres concernant le contenu scientifique ou professionnel de la Revue. Elles seront considérées pour publication, après avis éditorial.

Les articles et éditoriaux sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Le premier auteur des articles s'engage sur les points suivants :

1. l'article n'a pas été publié ou n'est pas soumis pour publication dans une autre revue ;
2. copyright est donné à la Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.), en cas de publication.

A la soumission, un formulaire doit être adressé au Comité de Rédaction, dans lequel tous les auteurs reconnaissent avoir participé activement au travail, avoir pris connaissance du contenu de l'article et avoir marqué leur accord quant à ce contenu. Ils en sont éthiquement responsables.

• images commentées :

L'illustration (image clinique ou d'imagerie) doit être rendue anonyme et soumise sous un format Jpeg, dont la résolution doit être de 300 dpi minimum. Chaque illustration doit être légendée et appelé dans le texte. Le texte suit le plan suivant : 1) Histoire, 2) Diagnostic, 3) Commentaires. Il est suivi par les références. Le manuscrit ne doit pas excéder 250 mots et 5 références. Le titre, en français et en anglais, ne doit pas contenir le diagnostic. Les mots clés en français et en anglais doivent le mentionner. Pas de résumé.

II. Présentation

Les manuscrits seront dactylographiés à double interligne (environ 300 mots par page) à l'aide d'un traitement de texte.

La première page comportera exclusivement le titre (et sa traduction en anglais), les prénoms et noms des auteurs, l'institution et l'adresse de correspondance, avec numéros de téléphone, de télécopie et adresse e-mail.

La deuxième page contiendra le résumé en français (maximum 250 mots). Ainsi que 3 à 5 mots-clés en français. Sur la troisième page figureront l'abstract en anglais (maximum 250 mots), ainsi que 3 à 5 mots-clés en anglais.

Les pages seront toutes numérotées.

Les données de laboratoire seront fournies dans les unités utilisées dans la littérature. En cas d'utilisation d'unités internationales, il convient de fournir, entre parenthèses, les données en unités conventionnelles.

Les abréviations non usuelles seront explicitées lors de leur première utilisation.



La bibliographie sera limitée à 20 références sauf pour les articles originaux et de synthèse ; elles apparaîtront dans le texte sous forme de nombre entre crochet [X], renvoyant à la liste bibliographique. Celle-ci, dactylographiée à double interligne, suivra immédiatement la dernière ligne de l'article. Elle sera ordonnée par ordre d'apparition dans le texte et respectera le style de l'Index Medicus ; elle fournira les noms et initiales des prénoms de tous les auteurs s'ils sont au nombre de 6 ou moins ; s'ils sont sept ou plus, citer les 3 premiers et faire suivre de " et al. " ; le titre original de l'article ; le nom de la revue citée ; l'année ; le numéro du volume ; la première et la dernière page, selon les modèles suivants :

1. Barrier JH, Herbouiller M, Le Carrer D, Chaillé C, Raffi F, Billaud E, et al. Limites du profil protéique d'orientation diagnostique en consultation initiale de médecine interne. Étude prospective chez 76 malades. Rev Med Interne 1997, 18 : 373-379.
2. Bieleli E, Kandjigu K, Kasiam L. Pour une diététique du diabète sucré au Zaïre. Méd. Afr. Noire 1989 ; 36 : 509-512.
3. Drabo YJ, Kabore J, Lengani A, Ilboudo PD. Diabète sucré au CH de Ouagadougou (Burkina Faso). Bull Soc Path Ex 1996 ; 89 : 185-190.

Les références internet sont acceptées : il convient d'indiquer le(s) nom(s) du ou des auteurs selon les mêmes règles que pour les références « papier » ou à défaut le nom de l'organisme qui a créé le programme ou le site, la date de consultation, le titre de la page d'accueil, la mention : [en ligne], et enfin l'adresse URL complète sans point final.

Les tableaux, numérotés en chiffres romains, seront présentés chacun sur une page séparée dactylographiée à double interligne. Ils comporteront un titre, l'explication des abréviations et une légende éventuelle.

Les figures et illustrations seront soit des originaux, soit fournies sur support informatique en un fichier séparé du texte au format TIFF ou JPEG, avec une résolution de 300 DPI.

Elles seront numérotées en chiffres arabes. Pour les originaux, le numéro d'ordre de la figure, son orientation et le nom du premier auteur seront indiqués. Les figures en couleur ne seront publiées qu'après accord de la Rédaction. Pour les graphiques qui, pour la publication, peuvent être réduits, il convient d'utiliser un lettrage suffisamment grand, tenant compte de la future réduction.

Attention : les images récupérées sur internet ne sont jamais de bonne qualité.

Les légendes des figures seront regroupées sur une page séparée et dactylographiées à double interligne. Elles seront suffisamment explicites pour ne pas devoir recourir au texte.

Les auteurs s'engagent sur l'honneur, s'ils reproduisent des illustrations déjà publiées, à avoir obtenu l'autorisation écrite de l'auteur et de l'éditeur de l'ouvrage correspondant.

Pour les microphotographies, il y a lieu de préciser l'agrandissement et la technique histologique utilisés.

Les remerciements éventuels seront précisés en fin de texte et seront courts.

Les conflits d'intérêt potentiels et les considérations éthiques devront être déclarés dans le manuscrit.

III. Envoi

Les manuscrits seront soumis à la fois par voie électronique à l'adresse suivante (revueafricainemi@gmail.com) et sur le site web de la Revue Africaine de Médecine Interne (rafmi.org).

IV. Publication

Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité. Une fois l'article accepté, il sera publié après paiement des frais d'un montant de 150 000 f CFA ; par Western Union ou Money Gram ou virement bancaire.



SOMMAIRE

EDITORIAL

1. Election du sénégalais Mamadou Mourtalla KA comme Président de la WACP, une consécration et un gage de fédération de la Médecine subsaharienne 7-8

ARTICLES ORIGINAUX

2. Dépistage des anticorps anti-peptide cyclique citrullinés et des facteurs rhumatoïdes dans le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde et facteurs associés à la sévérité radio-clinique 9-15
Coulibaly AK, Kpami YCN, Kollo KBN, Bamba A, Coulibaly Y, Appiah GB, Kouassi Djaha J-M, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E
3. Parcours diagnostique de la maladie de Rosai Dorfman Destombes en milieu tropical : expérience dans un service de médecine interne 16-22
Faye FA, Manone Z, Guèye AD, Diallo BM, Elame EH, Ndiaye Y, Ngom NF, Ka O, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
4. Evaluation des connaissances du personnel soignant sur l'éducation thérapeutique des patients présentant des maladies chroniques 23-29
Traoré D, Koné N, Sy D, Sow DS, Anadjeme M, Sangaré M, Konaté M, Coulibaly S, Nyanké RN, Keita K, Landouré S, Sinayoko A, Mallé M, Cissoko M, Dembélé IA, Fané S, Diarra A, Koné Y, Camara S, Soukho AK, Traoré AK
5. Aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des cardiomyopathies au centre hospitalier et universitaire de Treichville à Abidjan 30-36
Konan NM, Ouattara R, Wognin A, Abbe F, Koffi GS, Yapa S, Degnon AC, Ankotché A
6. Évaluation de l'observance thérapeutique chez les patients diabétiques au service d'endocrinologie, diabétologie du CHU de Conakry – Guinée 37-43
Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MM, Diallo MA, Diallo MC, Wann TA, Kourouma L, Diango A, Camara R, Béréte B, Keita S
7. Enquête sur la prise en charge médicale du diabète en Guinée 44-50
Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MM, Wann TA, Sow T, Diallo MA, Diallo MC, Dieng K, Bah EZ, Bah A, Barry MA, Bah K, Camara A
8. Diagnostic de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs chez le coronarien par l'index de pression systolique : une série de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar 51-56
Diop CMBM, Aw F, Sène MA, Mingou JS, Sarr SA, Diouf Y, Ndiaye PG, Diop KR, Diallo SD, Akanni S, Ndiaye M, Ibouroi H, Guèye K, Niang T, Ba AB, Bodian M, Ngaidé AA, Dioum M, Lèye M, Afflangla A, Mbaye A, Kane A, Kane A, Ndiaye MB, Diao M

CAS CLINIQUE

9. Une pneumopathie interstitielle diffuse révélant un syndrome des antisynthétases : à propos d'un cas 57-60
Ndour JND, Diallo BM, Faye FA, Ndiaye Y, Nana MB, Diack M, Faye A, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
10. Pneumopathie infiltrative diffuse à l'amiodarone, à propos d'un cas 61-64
Ka TN, Laribi G, Niyonkuru BB, Jupiter MB, El Melhaoui J, McBride-Windsor T



SOMMAIRE

EDITORIAL

1. *Election du sénégalais Mamadou Mourtalla KA comme Président de la WACP, une consécration et un gage de fédération de la Médecine subsaharienne* 7-8

ARTICLES ORIGINAUX

2. *Screening for anti-cyclic citrullinated peptide antibodies and rheumatoid factors in the diagnosis of rheumatoid arthritis and factors associated with radio-clinical severity* 9-15
Coulibaly AK, Kpami YCN, Kollo KBN, Bamba A, Coulibaly Y, Appiah GB, Kouassi Djaha J-M, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E
3. *Diagnostic pathway for Rosai Dorfman Destombes disease in a tropical environment: experience in an internal medicine department* 16-22
Faye FA, Manone Z, Guèye AD, Diallo BM, Elame EH, Ndiaye Y, Ngom NF, Ka O, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
4. *Evaluation of knowledge of care staff on therapeutic education of patients presenting chronic diseases* 23-29
Traoré D, Koné N, Sy D, Sow DS, Anadjeme M, Sangaré M, Konaté M, Coulibaly S, Nyanké RN, Keita K, Landouré S, Sinayoko A, Mallé M, Cissoko M, Dembélé IA, Fané S, Diarra A, Koné Y, Camara S, Soukho AK, Traoré AK
5. *Epidemiological, diagnostic, therapeutic and progressive aspects of cardiothyreosis at the Treichville hospital and university center in Abidjan* 30-36
Konan NM, Ouattara R, Wognin A, Abbe F, Koffi GS, Yapa S, Degnon AC, Ankotché A
6. *Evaluation of therapeutic adherence in diabetic patients at the Endocrinology and Diabetology Department of Conakry University Hospital, Guinea* 37-43
Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MM, Diallo MA, Diallo MC, Wann TA, Kourouma L, Diango A, Camara R, Béréte B, Keita S
7. *Survey on the medical management of diabetes in Guinea* 44-50
Kaké A, Sylla D, Diallo AM, Diallo MM, Wann TA, Sow T, Diallo MA, Diallo MC, Dieng K, Bah EZ, Bah A, Barry MA, Bah K, Camara A
8. *Diagnosis of lower extremity artery disease in patients with coronary artery disease by the ankle-brachial index: a series from the Aristide Le Dantec Hospital in Dakar* 51-56
Diop CMBM, Aw F, Sène MA, Mingou JS, Sarr SA, Diouf Y, Ndiaye PG, Diop KR, Diallo SD, Akanni S, Ndiaye M, Ibouroi H, Guèye K, Niang T, Ba AB, Bodian M, Ngaidé AA, Dioum M, Lèye M, Afflangla A, Mbaye A, Kane A, Kane A, Ndiaye MB, Diao M

CAS CLINIQUE

9. *Diffuse interstitial lung disease revealing antisynthase syndrome: a case report* 57-60
Ndour JND, Diallo BM, Faye FA, Ndiaye Y, Nana MB, Diack M, Faye A, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM
10. *Diffuse infiltrative lung disease with amiodarone, a case report* 61-64
Ka TN, Laribi G, Niyonkuru BB, Jupiter MB, El Melhaoui J, McBride-Windsor T



Evaluation des connaissances du personnel soignant sur l'éducation thérapeutique des patients présentant des maladies chroniques

Evaluation of knowledge of care staff on therapeutic education of patients presenting chronic diseases

Traoré D¹⁻², Koné N¹, Sy D¹⁻², Sow DS³⁻², Anadjeme M¹, Sangaré M¹, Konaté M³⁻², Coulibaly S²⁻⁴, Nyanke RN¹, Keita K¹, Landouré S¹, Sinayoko A¹, Mallé M¹, Cissoko M¹, Dembélé IA¹, Fané S¹, Diarra A¹, Koné Y¹, Camara S¹, Soukho AK¹⁻², Traoré AK¹⁻².

1. Service de médecine interne du CHU Point G
2. Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako
3. Service de médecine et d'endocrinologie de l'hôpital du Mali
4. Service de cardiologie du CHU Point G

Auteur correspondant : Dr Djénébou TRAORE

Résumé

Introduction : Les maladies chroniques sont des affections de longue durée, et nécessitent un traitement au long cours dans un cadre pluridisciplinaire. Mais de nos jours nous assistons à des échecs thérapeutiques. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une meilleure alternative pour minimiser les échecs thérapeutiques, cependant seule une bonne connaissance de la part du personnel soignant permettra d'atteindre ces objectifs.

Objectif : Evaluer le niveau de connaissance du personnel du CHU du point G sur l'éducation thérapeutique des patients présentant des maladies chroniques.

Méthodologie : Il s'agissait d'un échantillonnage par commodité avec recrutement systématique de tous les volontaires. Il a concerné les membres du personnel soignant (médecins spécialistes, médecins généralistes, FFI, infirmiers, assistants sociaux) du CHU du Point G sur une période allant du 01 avril 2020 au 31 octobre 2020.

Résultats : Nous avons inclus 90 personnes /199 soit un taux de participation de 45,22 %. Le sex-ratio était de 2,75. La tranche d'âge de 20 à 30 ans représentait 58,89%. Les FFI représentaient 52,22% dans notre population d'étude. Soixante-neuf (69) enquêtés soit 76,67% du personnel avouaient avoir participé à l'ETP. Ils affirmaient dans 73% des cas être tout à fait d'accord que l'ETP soit considéré comme faisant partie intégrante et de façon permanente à la prise en charge d'un patient atteint de maladie chronique. Pour la majorité des enquêtés (96,67%), l'ETP représentait une information sur la maladie et sa PEC. La majorité du personnel enquêté pensait que les bénéficiaires des séances d'ETP étaient les patients atteints de maladies chroniques (98,89%) suivi des familles des patients (81,11%). Selon les enquêtes les séances d'ETP devraient être individuelles et collectives dans respectivement 41,11% et 28,9% des cas. Les maladies chroniques (96,67%), la mauvaise observance (90%) et l'annonce du diagnostic (82,22%) étaient les plus cités comme conditions de réalisation des séances d'ETP. Pour 78% des soignants interrogés, le nombre de séance d'ETP à proposer sera adapté selon les besoins du patient. L'animation des séances d'ETP était le rôle le plus attribué au personnel soignant par les personnes enquêtées (86,67%). Selon les attitudes et pratiques de l'ETP : 08,89% des interrogés avaient pu donner une bonne réponse sur les étapes d'ETP et 10,00% de bonne réponse sur l'utilité du diagnostic éducatif.

La majorité des soignants (95,56) envisageaient intégrer l'ETP dans leurs pratiques futures.

Conclusion : Dans la grande majorité des cas le personnel soignant affirmait que l'ETP est considéré comme faisant partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge d'un patient atteint de maladie chronique.

Mots clés : Soignants - Maladies chroniques - ETP.

Summary

Introduction: Chronic diseases are long-term conditions, require long-term treatment in a multidisciplinary. But today we are witnessing therapeutic failures. Therapeutic patient education (TPE) is a better alternative to minimize therapeutic failures, however only good knowledge on the part of the nursing staff will make it possible to achieve these objectives. Objective: To assess the level of knowledge of Point G University Hospital staff on therapeutic education for patients with chronic illnesses.

Methodology: This was a convenience sampling with systematic recruitment of all volunteers. It concerned members of the healthcare staff (doctors, specialists, general practitioners, interns, nurses, social workers) at the Point G University Hospital over a period from April 1, 2020 to October 31, 2020.

Results: We included 90 people/199, representing a participation rate of 45.22%. The sex ratio was 2.75. The age group of 20 to 30 years old represented 58.89%. Interns represented 52.22% in our study population. Sixty-nine (69) respondents, or 76.67% of staff, admitted to having participated in the ETP. In 73% of cases, they stated that they completely agreed that TPE should be considered an integral and permanent part of the care of a patient with a chronic illness. For the majority of respondents (96.67%), the ETP represented information on the disease and its support. The majority of staff surveyed thought that the beneficiaries of TPE sessions were patients with chronic illnesses (98.89%) followed by patients' families (81.11%). According to the surveys, TPE sessions should be individual and collective in 41.11% and 28.9% of cases respectively. Chronic illnesses (96.67%), poor compliance (90%) and announcement of the diagnosis (82.22%) were the most cited as conditions for carrying out TPE sessions. For 78% of caregivers questioned, the number of FTE sessions to be offered will be adapted according to the patient's needs. Facilitating TPE sessions was the role most attributed to nursing staff by those surveyed (86.67%). According to the attitudes and practices of ETP: 08.89% of respondents were able to give a good answer on the stages of ETP and 10.00% gave a good answer on the usefulness of the educational diagnosis.

The majority of caregivers (95.56) planned to integrate ETP into their future practices.

Conclusion: In the vast majority of cases, nursing staff affirmed that TPE is considered an integral and permanent part of the care of a patient with a chronic illness.

Keywords: Caregivers - Chronic illnesses - TPE.



Introduction

Les maladies chroniques sont des affections de longue durée, qui en règle générale ont une évolution lente selon l'Organisation Mondiale de la Santé [1].

Selon la haute autorité de la santé en 2017, une maladie chronique est un état pathologique de nature physique, psychologique et/ou cognitive appelé à durer avec un retentissement majeur sur la qualité de vie quotidienne du patient [2].

On distingue deux types de pathologies chroniques à savoir : les maladies transmissibles qui sont pour la plupart des infections et les maladies non transmissibles (MNT). Elles sont responsables de 63% des décès et constituent la toute première cause de mortalité dans le monde [1].

En Europe, particulièrement en France, en 2012, 37% des plus de 15 ans, soit 19 millions de personnes étaient atteintes d'une maladie chronique, dont 13 millions avec une limitation dans la vie courante [3].

En 2012, on dénombrait 16 millions de personnes mortes prématurément de MNT. La majorité (82%) des décès prématurés dus aux MNT, se produisaient dans les pays à revenu moyen et faible [4]. En 2014, les MNT représentaient plus de trois quarts des décès dans la plupart des pays d'Afrique du Nord. En Afrique subsaharienne où les maladies transmissibles et autres conditions prédominent encore, les maladies non transmissibles deviendraient la principale cause de décès dans les 15 années à venir [5].

De nombreuses études faites dans différentes spécialités médicales de prise en charge des maladies chroniques, ont par ailleurs montré que l'adhésion du patient au traitement prescrit par le médecin tend à tomber en déliquescence au cours du temps. Ce qui favorise en grande partie les échecs thérapeutiques [6]. Il est donc nécessaire de mettre en place une approche pluridisciplinaire et un suivi régulier du patient souffrant de maladies chroniques

afin d'améliorer la prise en charge. Pour y parvenir le personnel soignant pourrait sans doute amener à recourir à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) [7].

Seule une bonne connaissance de la part du personnel soignant permettra d'atteindre les objectifs de l'ETP. Dans le but d'en améliorer sa pratique dans notre milieu de travail, nous nous sommes proposé d'évaluer le niveau de connaissance de l'ETP du personnel soignant du CHU du Point G de Bamako.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude transversale qui s'est déroulée dans les différents services de prise en charge de maladies chroniques du centre hospitalo-universitaire du Point G à Bamako au Mali allant du 1^{er} avril 2020 au 31 octobre 2020 avec échantillonnage non probabiliste par commodité. Ont été inclus dans l'étude tout membre du personnel de santé ayant accepté de participer à notre étude : les médecins spécialistes, médecins généralistes, faisant fonction d'interne (FFI), infirmiers et les assistants sociaux. Les variables étudiées étaient : les données sociodémographiques, le niveau d'étude en cursus sanitaire, l'expérience professionnelle sur l'ETP. Le personnel a été soumis à un questionnaire écrit auquel il devrait répondre directement sur la fiche. Les données recueillies ont été saisies grâce au logiciel SPSS. Les données ont été analysées avec le logiciel EPI INFO version 7.2.1.0. Les graphes et les tableaux ont été réalisés grâce à Microsoft Excel 2013.

Résultats

Au terme de notre étude, 90 personnes ont été incluses sur un total de 199 soit un taux de participation de 45,22 %. Le sexe masculin représentait 73,33% de notre population avec un sex-ratio de 2,75 (figure 1).

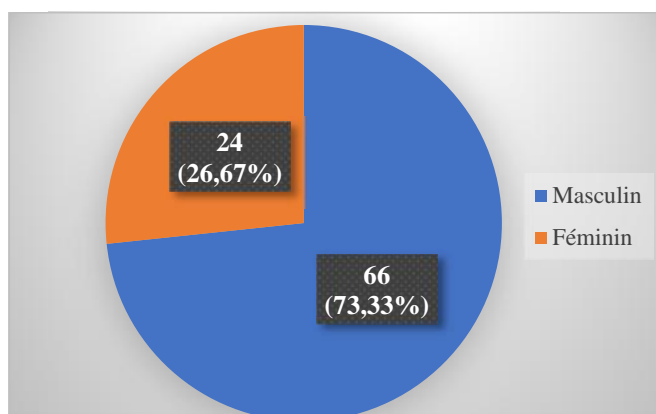


Figure 1 : Répartition selon le sexe

La tranche d'âge de 20 à 30 ans représentait 58,89% (Tableau I).



Tableau I : Répartition selon la tranche d'âges

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
20 – 30	53	58,89
31 – 40	19	21,11
41 – 50	12	13,33
51 – 60	06	06,67
Total	90	100,00

Les FFI représentaient 52,22% des personnels interrogés (Figure 2).

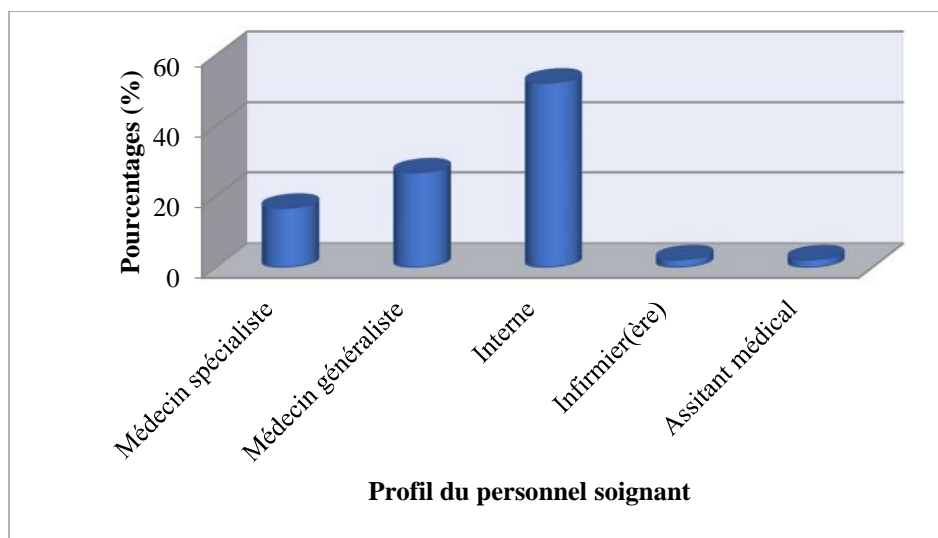


Figure 2 : Répartition selon leur profil

Trente-neuf (39) enquêtés soit 43,33% avouaient avoir participé à l'ETP pendant le stage en médecine générale (Tableau II).

Tableau II : Répartition selon la période de participation à l'ETP.

Période de participation à l'ETP	Effectif	Pourcentage (%)
Stage externe	12	13,33
Stage en médecine générale	39	43,33
Stage professionnel	18	20,01
Pas de participation antérieure à l'ETP	21	23,33
Total	90	100,00

Le personnel enquêté affirmait dans 73% des cas être tout à fait d'accord que l'ETP soit considéré comme faisant partie intégrante et de façon

permanente de la prise en charge d'un patient atteint de maladie chronique (Figure 3).

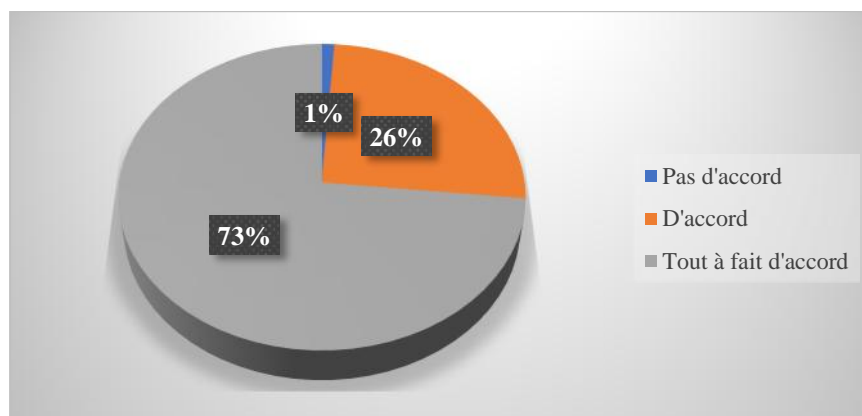


Figure 3 : Répartition selon l'avis du personnel enquêté par rapport à la position de l'ETP dans la PEC des patients atteints de maladies chroniques.

L'ETP représentait une information sur la maladie et sa PEC pour 96,67% des enquêtés. Le personnel

enquêté pensait que les bénéficiaires des séances d'ETP étaient les patients atteints de maladies



chroniques dans 98,89% cas suivi des familles des patients dans 81,11% des cas (Tableau III).

Tableau III : Répartition selon l'avis du personnel sur la perception de l'ETP et sur les bénéficiaires des séances d'ETP

Perception de l'ETP et bénéficiaires des séances d'ETP	Effectif	Pourcentage(%)
Perception de l'ETP		
Information sur la maladie et sa PEC	87	96,67
Acquisition d'auto-soins et compétences	67	74,44
Technique d'amélioration de l'observance	86	95,56
Partage d'expérience	61	67,78
Médecine parallèle/intégrative	40	44,44
PEC en équipe pluri-professionnelle	55	61,11
Moyen d'améliorer la qualité de vie du patient	73	81,11
Perception de l'ETP		
Patients atteints de maladies chroniques	89	98,89
Familles des patients	73	81,11
Soignants	53	58,89
Patients adultes	50	55,56
Patients grabataires	21	23,33
Patients Enfants	27	30,00

Selon le personnel enquêté les séances d'ETP devraient être individuelles et collectives dans respectivement 41,11% et 28,9% des cas (Figure 4).

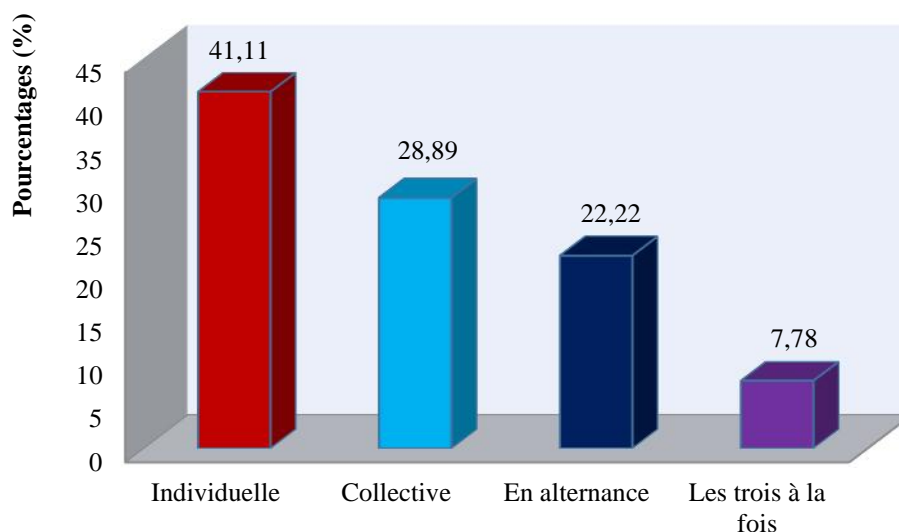


Figure 4 : Répartition de l'avis des enquêtés selon le type des séances d'ETP

Les conditions de réalisation des séances d'ETP étaient : pour maladies chroniques dans 96,67% des cas suivies par la mauvaise observance dans 90 %

des cas et l'annonce du diagnostic 82,22% des cas (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition selon l'avis du personnel sur les conditions de proposition de séances d'ETP

Conditions de proposition de séance d'ETP	Effectif	Pourcentage (%)
Echec thérapeutique	66	73,33
Maladie aiguë	31	34,44
Mauvaise observance	81	90,00
Maladie chronique	87	96,67
Tout stade de la maladie	54	60,00
Annonce du diagnostic	74	82,22
aggravation ou récurrence de la maladie	16	17,78



Pour 78% des soignants interrogés, le nombre de séance d'ETP à proposer sera adapté selon les besoins du patient (Figure 5).

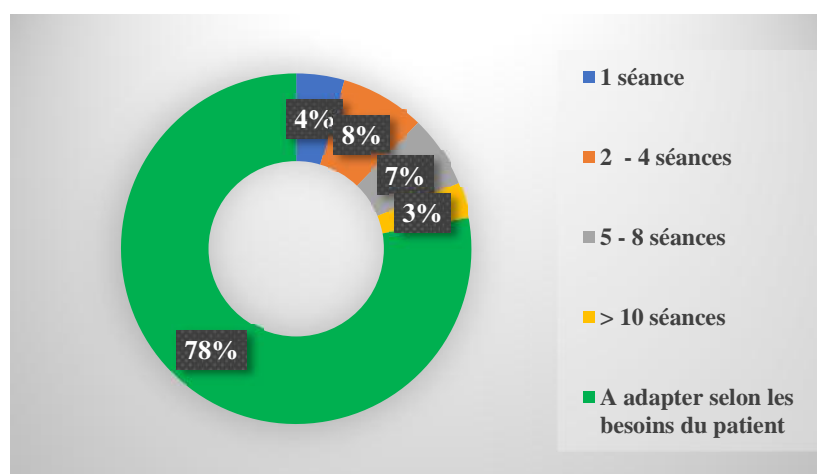


Figure 5 : Répartition selon le nombre de séances proposées

L'animation des séances d'ETP était un rôle attribué au personnel soignant selon les personnes enquêtées dans 86,67% des cas (Tableau V).

Tableau V : Répartition selon l'avis des enquêtés sur le(s) rôle(s) du personnel soignant dans l'ETP

Rôles du soignant dans l'ETP	Effectif	Pourcentage (%)
Orientation vers les structures d'ETP	67	74,44
Tenu du dossier d'ETP	63	70,00
Evaluation des besoins d'un patient/bilan éducatif	72	80,00
Réalisation des besoins d'un patient/bilan éducatif	73	81,11
Réalisation de consultation d'ETP	73	81,11
Animation des séances d'ETP	78	86,67
Coordination de l'ETP du patient	73	81,11
Création, mise en œuvre et évaluation d'un programme ETP	76	84,44

Selon les attitudes et pratiques de l'ETP, les soignants interrogés avaient pu donner une bonne réponse sur les étapes d'ETP dans 08,89% des cas

suivie d'une bonne réponse sur l'utilité du diagnostic éducatif dans 10,00% des cas (Tableau VI).

Tableau VI : Répartition selon l'avis du personnel enquêté sur les attitudes et pratiques d'ETP

Attitudes et pratiques d'ETP	Effectif	Pourcentage (%)
Etape d'ETP		
Bonne réponse	08	08,89
Passable	47	52,22
Ne connaît pas	35	38,89
Diagnostic éducatif		
Bonne réponse	09	10,00
Passable	24	26,67
Ne connaît pas	57	63,33
Techniques de communication		
Bonne réponse	18	20,00
Passable	11	12,22
Ne connaît pas	61	67,78
Modèle		
Bonne réponse	07	07,78
Passable	08	08,89
Ne connaît pas	75	83,33
Rapport outils d'ETP et diagnostic éducatif		
Oui	62	68,89
Non	28	31,11



Les soignants dans 95,56 % des cas envisageaient intégrer l’ETP dans leurs pratiques futures (Figure 6).

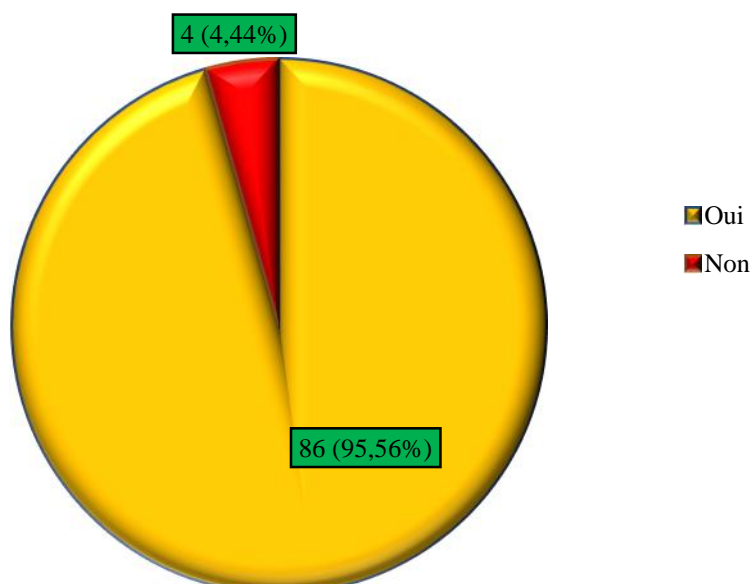


Figure 6 : Répartition des enquêtés selon l’acceptation de la pratique future d’ETP

Selon notre étude, le manque de formation chez 77,78% des enquêtés serait la difficulté majeure à la pratique de l’ETP (Tableau VII).

Tableau VII : Répartition selon l’avis du personnel enquêté sur les difficultés à la pratique de l’ETP

Les difficultés à la pratique de l’ETP	Effectif	Pourcentage (%)
Manque de moyens	55	61,11
Manque de temps	43	47,78
Barrière linguistique	55	61,11
Manque de formations	70	77,78
Absence d'intérêt pour le patient	27	30,00
Pas de possibilités	44	48,89
Pas mon rôle	28	31,11

Discussion

Notre étude transversale prospective portait sur 90 membres du personnel soignant. Elle nous a permis de mieux appréhender les caractéristiques sociodémographiques et d’évaluer les connaissances sur l’ETP.

Au cours de cette étude la médiane d’âge était de 25 ans. Ce résultat est proche de celui de Kauffmann qui retrouvait une médiane d’âge de 27 ans [8].

Le sexe masculin représentait 73,33% de notre population avec un sex-ratio de 2,75. Ce résultat est différent du travail de Kauffmann qui avait retrouvé le sexe féminin dans 67,30 % des cas avec un sex-ratio de 0,48 [8].

Selon 96,67% des enquêtés, l’ETP représentait une information sur la maladie et sa PEC. Notre résultat est comparable à celui de Kauffmann qui trouvait au cours de son étude dans 95 % des cas que l’ETP était défini comme une information sur la maladie et sa prise en charge [8].

Dans notre étude, 43,33% des enquêtés avouaient avoir participé à l’ETP pendant le stage en médecine

générale. En effet, même si les stages cliniques permettaient de participer à une séance d’ETP il est préférable d’avoir une formation dédiée à l’acquisition de compétence sur ce volet de la prise en charge des maladies chroniques. Les professionnels des soins doivent acquérir des compétences leur permettant d’aider le patient à apprendre comment gérer leur maladie et le traitement [9].

Ce travail retrouve le manque de formation chez 77,78% des enquêtés comme la difficulté majeure à la pratique de l’ETP comparativement à l’étude de Kauffmann où le manque de formation représentait l’obstacle principal [8]. Selon Rooij [10] en 2012, il perdure des manques concernant les fondements théoriques en ETP. Le temps consacré à l’ETP reste encore très inférieur aux recommandations du groupe de travail.

Conclusion

L’éducation thérapeutique du patient porteur d’une maladie chronique doit être intégrée aux soins. Elle



a toute sa place dans le parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques. Les soignants sont concernés par le suivi au long cours de ces patients et ont donc un rôle à jouer dans leur éducation.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Organisation mondiale de la santé. Maladies chroniques. Disponible sur http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/index.html. (consulté 25 mai 2024)
2. Haute Autorité de Santé, INPES. Éducation thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation. 2007 juin (en ligne) Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp. (consulté le 10 mars 2024)
3. Scheen AJ, Giet D. Non observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. Rev Med Liège 2010 ; 65 : 239-45
4. Haut Conseil de la santé publique. La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladies chroniques 2009. Disponible sur <https://www.google.com/search?q=4.%2509Haut+Conseil+de+la+sant%C3%A9+publique>. (consulté le 04 Juin 2024)
5. Pinky P. Résoudre la montée des maladies non transmissibles en Afrique par l'amélioration de la réglementation sur les produits. 2016 ; Disponible sur https://www.msh.org/sites/msh.org/files/agoa_brief_final
6. Assal JP, Visser APH, Golay A. Patient education 2000, New trends in patient education. Amsterdam: Elsevier 1995. 68
7. Lecorps Ph. La santé vécue par le sujet. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé 2002. Disponible sur <https://www.google.com/search?q=Lecorps-Ph.-La-santé+par+le+sujet>. (consulté le 04 Juin 2024).
8. Kauffmann I, Blanc-Bisson C, Romero M, Aimé B. Training in therapeutic patient education: feelings and expectations of postgraduate students in general medicine. JLE-Med 2023; 19(10): 468-73
9. d'Ivernois J-F, Gagnayre R. Vers une démarche de qualité en éducation thérapeutique du patient. Actualité et Dossier en Santé Publique 2002 ; 39 : 14-16.
10. Van Rooij G, Crozet C, De Andrade V, Gagnayre R. Enquête sur l'enseignement de l'éducation thérapeutique auprès de 30 instituts de formation en soins infirmiers de la région Île-de-France. Educ Ther Patient 2012; 4(2): S111-S121