



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement
le 05 Septembre 2024 à Poitiers
par Naïme BANA

L'utilisation des cartes conceptuelles par les infirmières asalee dans l'éducation
thérapeutique des patients

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Mohamed JABER

Membres :

Monsieur le Docteur Jean Du BREUILLAC
Monsieur le Docteur Jean Pascal GONDRAN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 05 Septembre 2024 à Poitiers
par Naïme BANA

L'utilisation des cartes conceptuelles par les infirmières asalee dans l'éducation
thérapeutique des patients

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Mohamed JABER

Membres :

Monsieur le Docteur Jean Du BREUILLAC
Monsieur le Docteur Jean Pascal GONDRAN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT



LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.A.S et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation – **assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémie, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie – **assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique

- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maitre de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (08/2026)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)

- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- PAIN Stéphanie, toxicologie
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maitres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique – **encadrement stages hospitaliers**
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement – **encadrement stages hospitaliers**

Maitres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- CHUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maitres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- BARTHES Danièle, chimie analytique (directrice honoraire)
- BAUDRY Michel, physiologie (directeur honoraire)
- BOURIANNES Joëlle, physiologie
- BRISSON Anne-Marie, chimie thérapeutique-pharmacocinétique
- COURTOIS Philippe, pharmacie clinique-pharmacodynamie (directeur honoraire)
- DE SCHEEMAEKER Henri, botanique et cryptogamie
- FOURTILLAN Jean-Bernard, pharmacologie et pharmacocinétique
- GIRAUD Jean-Jacques, chimie analytique
- GUERIN René, biophysique
- HERISSE Jacques, biologie moléculaire
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique
- JANVIER Blandine, bactériologie, virologie et parasitologie
- JOUANNETAUD Marie-Paule, chimie thérapeutique (directrice honoraire)
- LEVESQUE Joël, pharmacognosie
- MAISSIAT Renée, biologie cellulaire et moléculaire
- METTEY Yvette, chimie organique
- PARIAT Claudine, pharmacodynamie
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SEGUIN François, biophysique, biomathématiques (directeur honoraire)
- VANTELON Nadine, biochimie
- VIOSSAT Bernard, chimie générale et minérale

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciements

Au Dr ARCHAMBAULT Pierrick, pour avoir accepté la direction de ma thèse et pour le temps que vous m'avez consacré.

Au Pr JABER Mohamed, pour me faire l'honneur de présider ma soutenance de thèse.

Au Dr Du BREUILLAC Jean, pour votre participation en tant que jury de thèse.

Au Dr GONDRAN Jean Pascal, pour avoir accepté de prendre part au jury de cette thèse.

À toutes les infirmières ayant participé à cette thèse, sans vous ce travail n'aurait pas été possible.

À tous mes maîtres de stage, pour m'avoir formé durant mon internat.

À mes parents, qui m'ont toujours soutenu pendant ces longues études

À ma famille, qui malgré la distance, m'a toujours soutenu.

À ma compagne, pour ton soutien.

À mes amis, qui malgré toutes ces années sont toujours présents et me soutiennent.

Sommaire :

REMERCIEMENTS	5
LISTE DES ABREVIATIONS	7
INTRODUCTION	8
L'EDUCATION THERAPEUTIQUE	8
ASALEE	9
LES CARTES CONCEPTUELLES	10
METHODE	12
OBJECTIFS DE L'ETUDE	12
POPULATION	12
QUESTIONNAIRE	13
ANALYSE STATISTIQUE	15
RESULTATS	16
CARACTERISTIQUE DE LA POPULATION DES IDSP INTERROGES	17
FREQUENCE D'UTILISATION DE LA CARTE CONCEPTUELLE	18
TYPE D'UTILISATION DES CC	19
COMPARAISON ENTRE TYPE DE FORMATION DES IDSP UTILISATRICE ET FREQUENCES D'UTILISATION DES CC	19
COMPARAISON ENTRE LE TYPE DE FORMATION DES IDSP QUI N'UTILISENT PAS LA CC ET CE QUI LEUR MANQUE POUR SON UTILISATION	20
DISCUSSION	22
FORCES DE L'ETUDE	22
LIMITES DE L'ETUDE	23
HYPOTHESE SUR LES RESULTATS	24
PERSPECTIVES ET AMELIORATION	27
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXES	34
RESUME	48
SERMENT	49

Liste des abréviations

ETP : Education thérapeutique du Patient

OMS : organisation mondiale de la santé

HCSP : Haut conseil de la santé publique

HAS : Haute autorité de santé

ASALEE : Action de santé libérale en équipe

IDSP : Infirmière déléguée à la santé publique

CC : Carte conceptuelle

Introduction

L'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique (ETP) telle que définie par l'OMS, « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. » (1).

L'objectif de l'ETP s'oriente sur deux axes : l'autonomisation du patient dans sa prise en charge et la capacité d'adaptation du patient (2).

L'ETP des patients atteints de pathologie chronique reste un enjeu de santé publique pour la bonne prise en charge de leurs pathologies, en diminuant la fréquence et la gravité des complications liées à leurs maladie, et en améliorant l'efficacité des soins (3).

En 2009 loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) a permis d'intégrer l'ETP dans le parcours de soins du patient et de la formaliser en définissant la formation des professionnels ainsi qu'un cahier des charges et outils d'évaluation des résultats. Elle a permis de rendre l'ETP comme étant une part essentielle de la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques en la proposant à tous ces patients (4).

L'ETP telle que définie par l'HAS doit répondre à un cahier des charges précis, être multi professionnelle et interdisciplinaire. Les programmes d'ETP sont difficilement praticables en médecine de premier recours par les médecins généralistes en raison des contraintes de temps, du cloisonnement des pratiques, du manque de formation à l'ETP, et des contraintes administratives (5).

Cependant, l'ETP fait aussi partie intégrante de la pratique du médecin généraliste, même si celle-ci est moins formalisée et limitée dans le temps. Il s'agit d'une ETP intégrée au soin. Elle se base sur un modèle de relation médecin-malade centré sur le patient, ainsi que sur le suivi régulier des patients dans le temps. L'HCSP met en avant que l'ETP devrait en première intention être réalisée par les professionnels de premiers recours et les programmes d'ETP hospitaliers devraient être proposés en deuxième intention (3,5).

L'ETP en soins primaires nécessite une approche interprofessionnelle, dépassant les pratiques individuelles pour favoriser l'échange et la collaboration entre les différents professionnels de santé. Cette approche est souvent présente dans les maisons de santé, mais peut aussi s'appuyer sur des protocoles de santé publique comme la structure ASALEE (action de santé libérale en équipe) (5).

ASALEE

Créée en 2004, la structure ASALEE s'intègre à la médecine générale en participant de manière étroite avec les médecins généralistes au suivi, à la prise en charge et à l'ETP des patients atteints de pathologies chroniques (6). En février 2024, le nombre d'infirmières déléguée à la santé publique (IDSP) s'élevait à 2080 et elles étaient réparties sur l'ensemble du territoire auprès de 9155 médecin généraliste (Annexe 1).

Les IDSP sont formées pour mettre en œuvre une ETP personnalisée dédiée au patient. Elles vont favoriser une meilleure compréhension de sa pathologie par le patient, renforçant l'adhésion aux conseils non médicamenteux et une diminution de l'anxiété liée à la maladie. Cette approche a également un impact sur les patients sous traitements médicamenteux, permettant une amélioration de leur qualité de vie (7).

Le suivi par les IDSP, grâce à des consultations plus longues que celles de la médecine générale classique, a démontré un effet positif sur le vécu et le ressenti des patients, améliorant l'acceptation de la maladie et renforçant leur engagement dans la prise en charge (8). La participation des IDSP à la prise en charge du patient permet au médecin traitant de gagner du temps en déléguant certaines tâches (9).

Les médecins travaillant avec les IDSP se sont montrés satisfaits notamment parce qu'elles leur apportent la pluriprofessionnalité ainsi que de la santé publique au plus proche de leur travail (10).

Les IDSP contribuent également à augmenter la participation aux examens de dépistages (11).

Elles possèdent divers outils pédagogiques pour pratiquer l'ETP en fonction de leurs préférences, tels que des enquêtes alimentaires, des cahiers de suivi ou des groupes de marche notamment (12).

Les cartes conceptuelles

Créée dans les années 70 par Joseph D. Novak, la carte conceptuelle (CC) est une représentation visuelle de l'information permettant de hiérarchiser les différents concepts et les sens qui les relie (13). Elle permet de passer d'un apprentissage linéaire à un apprentissage en réseau (14), permettant un apprentissage signifiant et approfondi (15).

Elle se base sur la théorie de la psychologie cognitive selon laquelle l'acquisition de nouveaux concepts se fait en les intégrant dans les structures de connaissances déjà présentes chez l'apprenant, par des liens de sens (16,17).

Les CC ont d'abord été utilisées dans le domaine des formations universitaires scientifiques et médicales, comme aide à l'apprentissage signifiant, comme outil d'évaluation des connaissances des apprenants, ainsi que comme une aide à la planification (15).

Elles ont été introduites dans le cadre de l'ETP depuis 2004, puis validée dans ce domaine par les recherches de C. Marchand notamment (18). Une revue de la littérature couvrant les 10 années suivant leur introduction aux ETP, a permis de démontrer que les CC étaient principalement utilisées dans un cadre de diagnostic éducatif et d'évaluation mais très peu dans le cadre de l'apprentissage, contrairement à son utilisation académique (19).

Les bénéfices des CC dans ce domaine sont nombreux car elles permettent d'identifier lors du diagnostic éducatif notamment les connaissances du patient sur sa maladie, ses

croyances et représentations, ainsi que les erreurs ou lacunes pouvant être responsable d'un frein ou d'évènements indésirables dans la prise en charge du patient (20,21).

Utilisées lors de la consultation, elles permettent à la fois de participer à l'apprentissage en relevant les erreurs et renforçant les connaissances et d'identifier les besoins éducatifs (20,21). Utilisées comme outils d'évaluation, les CC permettent d'évaluer l'acquisition des connaissances après un ETP et les bénéfices de celui-ci (22).

Le choix de ce sujet a été motivé par mon intérêt devant l'ETP ainsi que par les 7 différentes IDSP que j'ai pu avoir la chance de côtoyer lors de mes stages d'internat. Le choix des CC m'est venu en étudiant l'ETP, je n'étais pas familier avec cet outil auparavant.

Devant le rôle majeur des IDSP ASALEE dans l'ETP de premier recours et les bénéfices démontrés des CC dans l'ETP. Je me suis donc interrogé sur l'utilisation des CC par les IDSP dans l'ETP.

Méthode

Objectifs de l'étude

Notre étude a pour objectif principal de vérifier l'utilisation des CC par les IDSP dans l'ETP en quantifiant la proportion d'IDSP utilisatrices des CC. Elle va rechercher les liens entre le type de formation aux CC et leur utilisation. L'objectif secondaire est de rechercher les freins à leur utilisation.

Population

Nous avons contacté plusieurs IDSP par courriel retrouvés de diverses manières : par internet sur des sites régionaux référencant les IDSP impliquées dans des actions de santé publique locales en Vienne, par mailing list dans les Deux Sèvres, en contactant divers cabinets de Poitou-Charentes, en contactant d'anciens maîtres de stage et leurs collègues dans la même région, ainsi que par adresses email retrouvées dans des invitations à des réunions ASALEE. La plupart des IDSP se situent donc en région Poitou-Charentes et quelques autres, dans d'autres régions de France.

La diffusion du questionnaire à grande échelle n'a pas été possible du fait de l'absence de mailing list publique officielle. De plus, l'absence de réponse à mes mails de la part de la structure ASALEE et du CRIDA (Comité de Recherche Innovation et Développement d'ASALEE), en charge des recherches autour d'ASALEE, a également empêché cette démarche.

Notre travail de thèse s'est déroulé sur une période d'incertitude pour les IDSP, car en mars 2024 la structure ASALEE n'avait toujours pas sa convention pour 2024 signée par son financeur et il régnait une grande incertitude quant à la pérennité de l'association. Ceci a rendu le contact et le recrutement plus difficile. Certaines infirmières ont préféré rompre les échanges et se concentrer sur leurs problématiques personnelles en lien avec l'incertitude de la

pérennité de leur emploi, et n'ont plus répondu à mes sollicitations après amélioration de la situation.

Toutes ont été informées par courriel de l'objectif de l'étude.

Initialement, nous souhaitions réaliser une étude qualitative sur le ressenti des IDSP ASALEE sur l'utilisation des CC dans le cadre du diabète de type 2. Cependant, une première enquête réalisée par courriel auprès des IDSP des Deux-Sèvres a permis de montrer qu'aucune sur 34 n'avait répondu positivement à notre sollicitation. Après avoir étendu la recherche à une trentaine d'autres IDSP, seulement deux d'entre elles avaient répondu être utilisatrices et accepté de passer un entretien, et ce malgré une relance. Devant ce très faible taux de réponse positive à ma requête et une impossibilité de diffusion de mails à grande échelle pour obtenir suffisamment de participants, nous avons décidé après discussion avec mon directeur de thèse, de s'intéresser à l'utilisation des CC par les IDSP car ceux-ci semblaient l'utiliser de manière moindre que ne le suspectait notre hypothèse initiale.

La population totale des IDSP ASALEE au niveau national s'élevait en février 2024 à 2080, dont 312 en Poitou-Charentes (Annexe 1). Il n'existe aucune donnée sur l'utilisation des cartes conceptuelles préalable par les IDSP.

En prenant comme hypothèse de départ un taux d'utilisateurs faible (10%) et un risque d'erreur de 5%, la taille de l'échantillon devait être de 57 pour une puissance de 80%, 93 pour une puissance de 90% et 130 pour une puissance de 95% d'après le logiciel StatCalc^o (Annexe 2).

Questionnaire

Le questionnaire a été conçu en s'inspirant d'un questionnaire québécois sur l'utilisation pédagogique des cartes conceptuelles en sciences de la santé. Il a été adapté pour répondre à notre problématique (Annexe 3). Il contenait 27 questions dont 12 fermées, 8 ouvertes, et 6 fermées avec option de réponse libre.

Le questionnaire a été réalisé sur le site LimeSurvey afin de garantir la protection des données des participants à l'étude, les réponses ont été anonymisées directement par le site, et le questionnaire était accessible uniquement par lien direct transmis par mail.

Les questions étaient séparées en 3 catégories, accessibles en fonction des réponses aux deux premières questions :

- La première question permettait de vérifier si les IDSP connaissaient la carte conceptuelle, dans le cas contraire, elles étaient directement redirigées à la partie démographique du questionnaire ;
- La deuxième question permettait de séparer les IDSP qui utilisent les CC de celles qui n'utilisent pas ou qui ont utilisé les CC par le passé.

Les deux groupes ainsi formés accédaient par la suite à des questions différentes.

- Le groupe utilisateur de CC devait répondre à des questions spécifiques, telles que l'origine de leurs formations, la fréquence et l'objectif de la CC, la manière de la réaliser, les inconvénients et les avantages, sur la durée de conception d'une CC, les conseils pour un collègue débutant, l'impression des patients sur l'utilisation des CC ;
- Le groupe non-utilisateur ou ancien utilisateur devait répondre à des questions sur l'origine de leurs formations, ce qu'ils leur manquaient pour l'utilisation des CC, les améliorations apportées par les CC, les alternatives aux CC pour l'organisation et la visualisation de l'information, leurs opinions sur l'utilité des CC en médecine, les aspects compatibles et incompatibles de leurs travaux avec les CC, leur avis sur une utilisation future des CC.

Enfin les trois groupes terminaient leurs questionnaires par des questions démographiques et la possibilité de laisser leur courriel pour l'envoi des résultats de la recherche (Annexe 4).

Analyse statistique

Pour le critère de jugement principal, nous avons exclu les IDSP qui ne connaissaient pas les CC. Ensuite nous avons recherché la proportion d'utilisation des CC parmi les IDSP dans l'ETP. Pour cela, nous avons utilisé une variable qualitative ordinale pour observer les catégories suivantes : les utilisatrices en tant qu'IDSP, les anciennes utilisatrices, les utilisatrices hors cadre IDSP, et celles qui ne l'ont jamais utilisées.

Pour répondre de manière précise au critère de jugement principal, nous avons utilisé une nouvelle variable qualitative nominale pour distinguer l'utilisation des CC avec les patients de l'utilisation uniquement pour l'organisation du travail, ou alors d'une utilisation mixte.

Nous avons ensuite mesuré la proportion des différents types d'utilisation des CC : amélioration de la compréhension des patients, organisation des informations, faciliter la prise de décision, amélioration de la communication interprofessionnelle, ou réponse libre.

Par ailleurs, le type de formation des IDSP a été comparé avec la fréquence d'utilisation des CC (variable qualitative ordinale). Un tableau de contingence a été réalisé avec un test de Fisher.

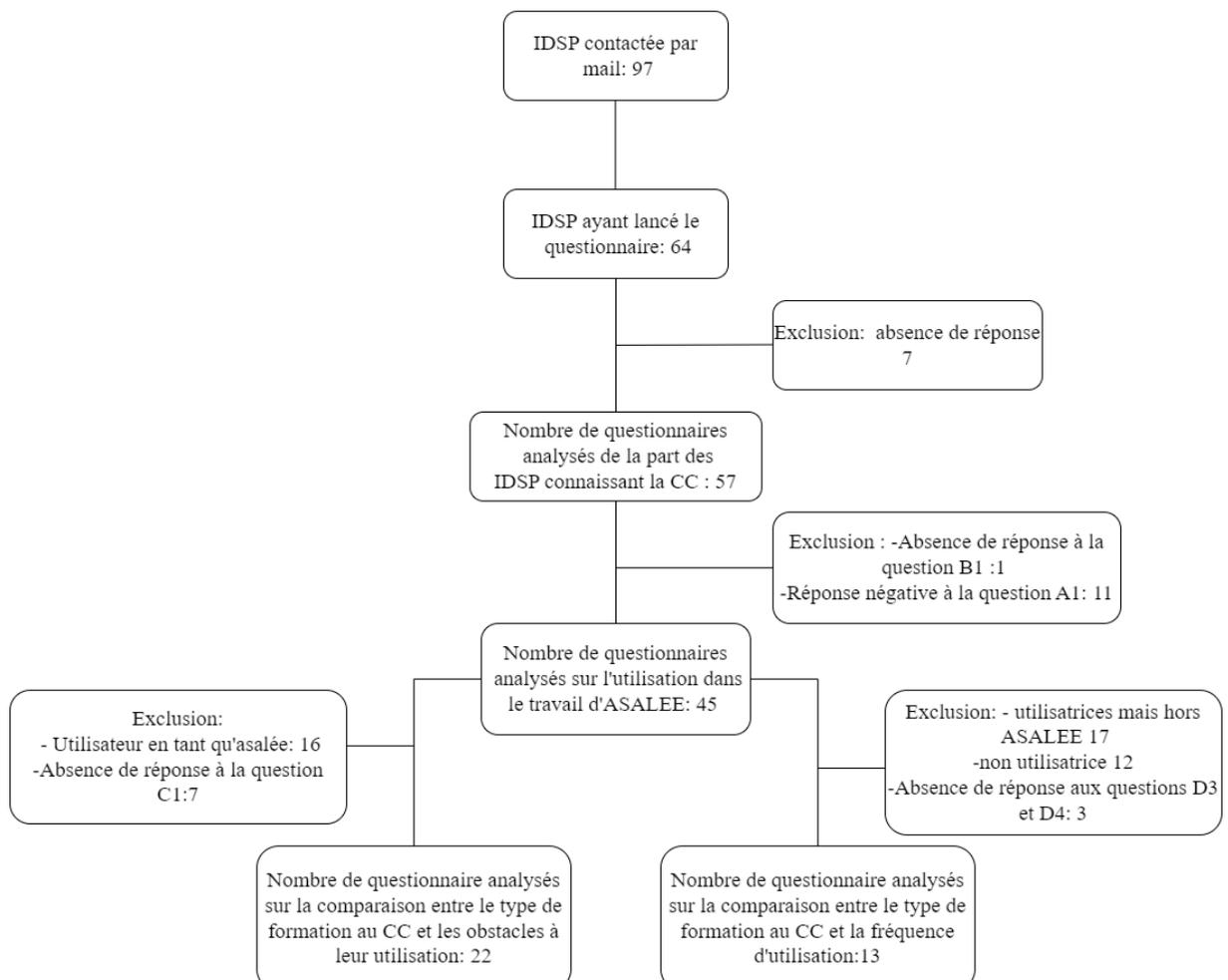
Enfin dans le cadre de notre critère de jugement secondaire, le type de formation des IDSP a été comparé avec les freins à l'utilisation (variable qualitative nominale). Un tableau de contingence a été réalisé avec un test de Fisher.

Résultats

Sur les 97 IDSP contactées, 2 ont refusé de participer, 1 était absente pendant la durée du recrutement, 1 avait stoppé son activité avec ASALEE et 64 ont cliqué sur le lien d'accès au questionnaire. Parmi les participantes, 6 n'ont répondu à aucune question après avoir accédé au questionnaire.

Parmi les questionnaires remplis au nombre de 57, 7 étaient incomplets mais restaient partiellement interprétables : 2 contenaient une réponse uniquement à la question A1, parmi celles qui avaient répondu être utilisatrices des CC à la deuxième question B1, 3 n'avaient pas répondu à la question sur leur mode d'utilisation des CC ni sur leur fréquence d'utilisation et ont été exclues de l'analyse de ces questions. Enfin, 3 IDSP qui avaient précisé être non-utilisatrices des CC n'ont plus répondu aux questions suivantes et ont été exclues de l'analyse des questions du groupe non-utilisatrices actuelles.

Figure 1 : Diagramme de flux



Caractéristique de la population des IDSP interrogés

Les IDSP interrogées étaient quasi exclusivement des femmes à 93,5%. Deux personnes non pas précisé leur sexe et une des personnes était un homme. Les tranches d'âge étaient réparties comme suit : 37 % pour les 30-39 ans, 32,6% pour les 40-49 ans, 23,9% pour les 50-59 ans et enfin 6,5% pour les 60 ans et plus. Concernant l'ancienneté dans ASALEE, la moyenne était de 5,3 ans, et la médiane 5 ans. Les plus anciennes avaient intégré la structure en 2013 et la plus récente l'avait intégrée en 2024.

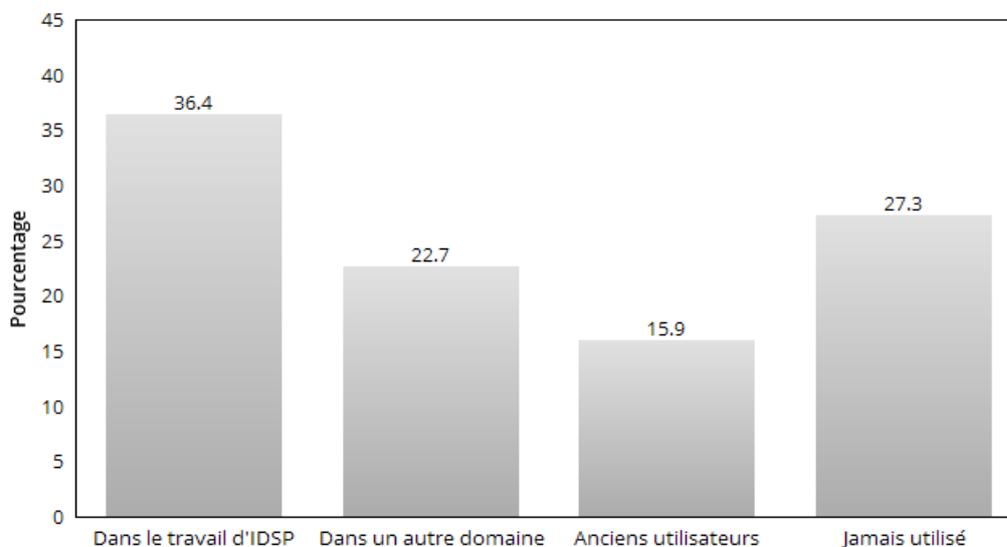
Tableau 1 : Caractéristique de la population.

	Fréquence	Pourcentage
Tranche d'âge		
30-39 ans	17	37%
40-49 ans	15	32,6%
50-59 ans	11	23,9%
60 ans et plus	3	6,5%
Sexe		
Femme	43	93,5%
Homme	1	2,2%
Non précisé	2	4,4%
Ancienneté		
0 à 5 ans	15	32,6%
5 à 10 ans	26	56,5%
10 ans et plus	5	10,9%

Fréquence d'utilisation de la carte conceptuelle

Parmi les répondants, 80,7% (N=46) ont indiqué connaître la carte conceptuelle et 36,4% (N=16) ont déclaré l'utiliser dans le cadre de leur travail d'IDSP, 15,9% (N=7) étaient des anciennes utilisatrices, 22,7% (N=10) utilisaient les CC, mais dans un autre domaine que leur travail d'IDSP, et 27,3% (N=12) ne l'ont jamais utilisée.

Figure 2 : Répartition des utilisateurs des CC.



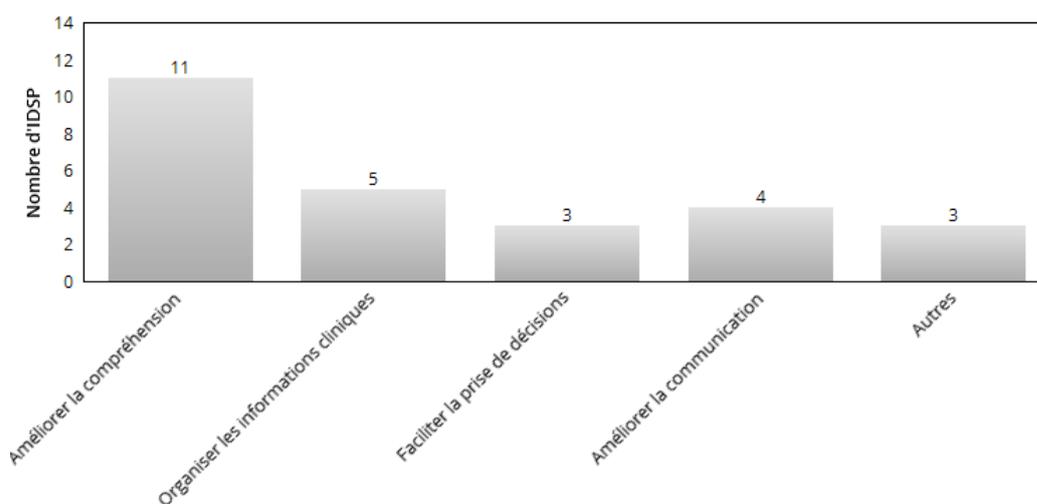
Dans le cadre de leurs travail d'IDSP, 53,9% des utilisateurs de la CC (N=7) ont déclaré l'utiliser directement avec les patients, 23,1% (N=3) l'utilisaient uniquement pour l'organisation du travail et 23,1% (N=3) avaient une utilisation mixte, à la fois avec le patient et pour l'organisation du travail.

Finalement, sur l'ensemble de l'échantillon d'IDSP interrogés, 10 utilisaient la CC dans l'ETP.

Type d'utilisation des CC

La plupart des IDSP interrogés 84,6% (N=11) utilisaient la CC pour améliorer la compréhension des patients, 38,5% (N=5) pour organiser les informations cliniques, 23,1% (N=3) pour faciliter la prise de décision, 30,8% (N=4) pour améliorer la communication. Trois IDSP ont rapporté utiliser la carte conceptuelle dans des domaines spécifiques : en formation, en travail de groupe transverse ou non et pour créer des formations ASALEE, et pour faciliter la communication dans les prises en charge avec des enfants ou des adolescents.

Figure 3 : Représentation graphique du type d'utilisation.



Comparaison entre type de formation des IDSP utilisatrice et fréquences d'utilisation des CC

Nous avons cherché à vérifier si l'utilisation des CC était influencée par le type de formation des IDSP. Concernant les types de formations, 3 IDSP ont indiqué avoir été formées à l'utilisation des CC uniquement dans la formation ASALEE, 2 uniquement en autoformation, 2 en autoformation en plus de la formation ASALEE, 1 en formation ASALEE complétée d'une formation de formateur occasionnel, 5 ont rapportés s'être formées dans divers contextes : formation de coordinateur en santé, 2 en DU ETP, Master, et 1 en formation multiple ETP Melioris/faculté de sociologie/IFSI.

Concernant la fréquence d'utilisation, 5 IDSP l'utilisaient moins d'une fois par mois, 4

au moins une fois par mois, 4 au moins une fois par semaine. Aucun d'entre eux n'avait une utilisation quotidienne de la CC.

Pour pouvoir réaliser un test de Fisher, un tableau de contingences regroupe les fréquences en : moins d'une fois par mois (N=5) versus au moins une fois par mois (N=8), et formations ASALEE seules (N=3) versus formation complémentaire avec ou sans la formation ASALEE (N=10). Le test de Fisher a révélé une différence significative entre le type de formation des IDSP et la fréquence de l'utilisation des CC, avec une p value de 0,03497.

Tableau 2 : Tableau de contingence entre formation et fréquence d'utilisation des CC.

	Moins d'une fois par mois	Au moins une fois par mois
Formation ASALEE seule	3	0
Formation autre +/- ASALEE	2	8

Comparaison entre le type de formation des IDSP qui n'utilisent pas la CC et ce qui leur manque pour son utilisation

Nous avons ensuite recherché si la formation des IDSP n'utilisant pas les CC avait un lien avec la limitation de son utilisation.

Parmi les personnes n'utilisant pas les CC, 6 ont indiqué avoir été formées uniquement dans la formation ASALEE, 4 en séminaire ou autre formation, 3 en autoformation, et 1 en formation ASALEE avec séminaire ou autre formation.

Parmi les causes de la non utilisation des CC, 5 des IDSP ont rapporté une préférence pour d'autres méthodes, 2 ont rapporté un manque de formation, 1 un manque de temps, 1 car non perçues comme utile, 1 à la fois un manque de formation/temps, 1 à la fois un manque de temps/préférence pour d'autres méthodes, 1 à la fois un manque de formation/de temps/et préférence pour d'autre méthode, 1 une préférence pour d'autre méthode/volonté de "ne pas s'enfermer dans une méthode", 1 car " ne correspond pas au outils que le patient peut

s'approprier".

Pour pouvoir analyser les données j'ai regroupé les formations en deux groupes comme précédemment avec d'un côté formations ASALEE seules (N=11) contre une formation complémentaire avec ou sans la formation ASALEE (N=11). J'ai ensuite regroupé les freins uniquement liés au manque de formation/ de temps seul (N=6) contre tous les autres motifs de causes liée à des choix personnels(N=16).

Les données ont été regroupées dans un tableau de contingence et le test de Fisher a retrouvé une p value 0,318 ne permettant pas de montrer un lien significatif entre la formation aux CC et les freins à leur utilisation.

Tableau 3 Tableau de contingence entre formation et frein à l'utilisation

	Manque de formation/Temps	Autres Motifs
Formation ASALEE seule	2	9
Formation complémentaire	4	7

Discussion

Cette étude quantitative montre que la plupart des IDSP connaissaient les CC, mais seulement un tiers les ont intégrées et les utilisent dans leur pratique d'IDSP. Parmi ceux qui l'utilisent dans leur pratique, un peu plus de la moitié l'utilisent uniquement dans l'ETP.

La proportion de l'utilisation des CC par les IDSP s'est révélée être plus du double de notre hypothèse initiale, atteignant 22,2% contre les 10% supposés.

L'utilisation dans l'ETP varie selon les IDSP, mais la plupart (84,6%) l'utilisent pour améliorer la compréhension des patients.

L'analyse a permis de mettre en évidence une relation significative entre la fréquence d'utilisation des CC et le type de formation des IDSP. En effet, plus les IDSP étaient formés aux CC, plus ils avaient tendance à les utiliser fréquemment, ce qui souligne l'importance de la formation continue des IDSP.

La comparaison entre le type de formation et les freins à l'utilisation des CC n'a pas permis de mettre en évidence de lien statistiquement significatif. Cela indique que même si la formation est un facteur important pour une utilisation fréquente des CC, d'autres freins existent et devraient être pris en compte.

Forces de l'étude

Cette étude est, à notre connaissance, la première explorant l'utilisation des CC par les IDSP ASALEE dans l'ETP et elle permet de faire un état des lieux.

L'étude permet de souligner un intérêt important des répondants concernant les CC, ainsi qu'une utilisation variée de cet outil dans leur travail d'IDSP mais aussi en dehors de leur travail.

La répartition de la population presque identique dans les différentes tranches d'âges permet une bonne représentation de ce critère dans l'échantillon.

L'utilisation de questions fermées pour l'analyse principale a permis de collecter des données quantitatives facilement analysables tout en limitant le risque d'ambiguïté ou de non-réponse.

Limites de l'étude

Comme décrite plus haut, la proportion d'IDSP utilisant la CC dans l'ETP s'est révélée être au-dessus de la valeur supposée pour le calcul de puissance initialement réalisé. Si on prend cette valeur, l'étude aurait dû viser au minimum 107 participants pour une puissance de 80% avec risque alpha de 5 %.

Il existe un biais de sélection pouvant s'expliquer par la méthode de recherche initiale de contacts et de l'absence de possibilité de diffusion du questionnaire au niveau national. Une prédominance nette d'IDSP de la région Poitou-Charentes existe dans la population de cette recherche ce qui limite sa représentativité. La pauvreté des données démographiques disponibles publiquement et en ligne concernant les IDSP ASALEE ne permettent pas d'exclure une absence de représentativité de la population questionnée sur le plan de l'âge des participants ainsi que sur leur ancienneté dans la structure.

Un biais de recrutement peut exister du fait de la participation volontaire au questionnaire et d'un taux de réponse de 58,8%, il est possible que les répondants soient plus intéressés voire sensibles au sujet des CC. Pareillement, le fait d'avoir exclu les questionnaires incomplets pourrait avoir un impact sur la représentativité des résultats de la recherche. Le choix de diffuser le questionnaire par email a pu engendrer des pertes car il est impossible de

dire si certains mails sont arrivés dans la boîte mail des destinataires ou dans leurs spams, malgré le fait qu'elles fussent fonctionnelles.

Il est possible qu'un biais de rappel puisse impacter les réponses aux questionnaires, surtout pour les IDSP n'utilisant pas les CC.

Le fait d'avoir utilisé un questionnaire non validé peut être responsable d'un biais méthodologique, certaines formulations pourraient avoir influencé les réponses fournies. La programmation du questionnaire sur le site LimeSurvey, ainsi que le choix paramétrer les réponses en "soft mandatory" qui est une option permettant de signaler qu'il manque une réponse avant de passer à la suivante, mais avec la possibilité d'ignorer ce message. Cette option a donc pu favoriser la part de réponses incomplètes du questionnaire.

Hypothèse sur les résultats

La proportion d'utilisation des CC dans cette étude était supérieure à l'hypothèse initiale des 10%, il se peut que ce chiffre soit surestimé par un biais de recrutement. Mais il est aussi possible que ce chiffre ait été sous-estimé initialement car le premier recrutement n'était pas un simple sondage mais une invitation à participer à une thèse sur l'utilisation des cartes conceptuelles. De plus, l'étude s'est déroulée au moment le plus compliqué de l'année 2024, comme décrit en partie méthodologie, marqué par une « crise » pour la structure ASALEE concernant son financement.

Dans la seconde analyse, le fait que la formation ASALEE seule était associée à une utilisation moins fréquente des CC met en avant le besoin de renforcer la formation initiale et/ou de proposer des formations complémentaires sur le sujet des CC. Il semble que la formation initiale ne permette pas une utilisation aussi fréquente des CC que si les IDSP étaient mieux formés.

Dans l'étude la plupart des freins à l'utilisation était lié à la préférence pour d'autres méthodes, le manque de formation et le facteur temps étaient les deux causes arrivant ex æquo en deuxième position.

Ces résultats viennent rejoindre les hypothèses de l'étude de Marie Godet (19) qui avait précisé la nécessité d'être formé aux CC pour pouvoir l'utiliser et que l'utilisation des CC en ETP était probablement liée au type de profil du formateur. De plus cette étude met en avant qu'un des éléments qui joueraient en sa défaveur est le facteur temps, à la fois en termes de durée et en termes d'implication cognitive du professionnel de santé qui est non réductible et peut être éprouvant.

Bien que la littérature sur l'utilisation des CC en ETP soit limitée, plusieurs études se sont intéressées à leur utilisation dans l'enseignement.

Ainsi, une étude québécoise menée auprès de professeurs en sciences de la santé, ayant bénéficié d'une formation sur les CC, a révélé une utilisation plus fréquente de cet outil par rapport à notre étude, 75.8% d'entre eux les utilisaient. L'utilisation des CC était diversifiée, couvrant des domaines similaires à ceux observés en ETP. (23)

Une autre étude menée en 2015 auprès des départements de médecine générale en France, a montré un taux d'utilisation des CC de 22.1%. Ce taux plus bas était expliqué dans l'étude par le fait que, contrairement à l'étude québécoise, tous les enseignants interrogés n'avaient pas reçu de formation aux CC. (24)

Cette différence de taux d'utilisation entre les deux études, montre que les enseignants formés à son utilisation les emploient plus fréquemment, ce qui est en accord avec les résultats de notre étude.

La majorité des études portant sur l'utilisation des CC, que ce soit dans l'éducation thérapeutique ou dans l'enseignement, souligne que le principal obstacle à leur utilisation est le manque de temps. Cette observation contraste avec notre étude, où la préférence pour une

autre méthode est la cause principale. (19,23,25,26,27,28,29,30)

Certaines études, comme celle menée par Dong et al. sur des étudiants en médecine, soulignent que les premières utilisations des CC peuvent être difficiles et chronophages. Cependant, ces obstacles diminuent si les étudiants approfondissent leurs connaissances et continuent à l'utiliser. (25,26)

Un certain nombre d'IDSP (19%) a déclaré ne pas connaître les CC, ce qui pourrait soulever un problème de sémantique, étant donné que cet outil porte plusieurs noms. Cette méconnaissance pourrait également être attribuée à un biais de rappel. En effet, si l'outil ne les avait initialement pas intéressés, il est possible que celui-ci ne les ait pas marqués.

Mais cette dernière hypothèse semble être discutable car certains IDSP qui utilisent les CC ont décrit ne pas avoir été formés par ASALEE, mais l'avoir été soit en autoformation, soit en formation universitaire ou qualifiante. Une autre hypothèse serait qu'il est possible que l'enseignement à l'ETP ait évolué et donc que les CC n'aient pas toujours été présente dans la formation initiale.

Dans tous les cas cette information est importante car elle permettrait de nuancer certains résultats et pourrait influencer sur l'orientation des études futures dans ce domaine. Dans une étude future, il nous paraît indispensable de vérifier cette information avant de réétudier la question de l'utilisation des CC par les IDSP, afin de mieux comprendre le choix de leurs outils utilisés en ETP.

Plusieurs explications sur la participation relativement modeste des IDSP peuvent être suspectées. Une première explication peut être liée à la temporalité de la thèse, la « crise » ASALEE a pu créer une inquiétude pour certaines IDSP sur leur futur et celui de la structure. Cela pourrait expliquer un manque d'intérêt pour répondre à un questionnaire de thèse.

Une autre explication pourrait venir du fait que la période d'ouverture au questionnaire était sur la période du mois de juillet, même si une seule IDSP était absente sur toute la période du recueil de données.

Enfin une dernière explication, pourrait venir du fait que le questionnaire n'ait pas été diffusé par le CRIDA directement, en effet une IDSP a souhaité savoir si nous avions prévenu le CRIDA de notre recherche, et deux autres m'ont informé avoir transmis ma demande au CRIDA sans m'informer sur leur participation. Il est possible que plusieurs autres IDSP n'aient pas souhaité participer sans m'en informer, car le questionnaire n'était pas transmis par le CRIDA.

Perspectives et amélioration

Le questionnaire gagnerait à être amélioré, notamment en rendant obligatoire les réponses à chaque question avant de pouvoir passer à la suivante. Cette modification permettrait d'éviter les éventuels oublis de réponses, ce qui semble s'être passé à plusieurs reprises si on s'attarde sur les questionnaires incomplets. De plus, il pourrait être pertinent de faire valider le questionnaire par des experts en méthodologie afin de s'assurer de l'absence de biais méthodologique en lien avec la formulation des questions, permettant de garantir une meilleure rigueur et donc une meilleure fiabilité des données.

Concernant la diffusion du questionnaire, celui-ci serait plus pertinent s'il pouvait être diffusé sur le plan national afin d'augmenter la puissance statistique de l'étude et de faire un état des lieux plus représentatif de l'utilisation des CC pas les IDSP dans l'ETP. L'autre possibilité aurait été de faire une enquête locale dans un département particulier afin de pouvoir prendre les contacts plus facilement de l'entièreté des IDSP du département. Cependant les résultats ne seraient pas représentatifs de l'ensemble des IDSP et nuirait à sa transposabilité. En choisissant la première méthode de diffusion nationale, l'étude serait plus représentative et généralisable tout en s'affranchissant des éventuelles particularités de pratique régionales.

Dans des recherches futures, il serait pertinent de comparer les performances de la CC avec d'autres méthodes utilisées par les IDSP. Cela permettrait de valider l'efficacité des CC en ETP de premier recours, et par conséquent, de pouvoir promouvoir une meilleure formation aux CC dans le cadre de la formation ASALEE. Les résultats de cette étude indiquent en effet une utilisation plus fréquente des CC chez les IDSP ayant bénéficié de formations complémentaires à leur formation initiale, et donc cette comparaison pourrait éclairer sur des pratiques optimales d'enseignement et ainsi améliorer l'impact de l'interventions des IDSP dans le parcours de soins des patients.

Conclusion

Cette étude quantitative constitue une première exploration de l'utilisation des CC par les IDSP ASALEE en ETP. Elle a permis de mettre en évidence que, bien que la majorité des IDSP connaissent les CC, seule une minorité l'utilise régulièrement dans l'ETP. Cette étude a cependant montré une utilisation dépassant largement l'hypothèse initiale, ainsi qu'une part d'utilisation importante des CC dans d'autres domaines.

Les résultats montrent un lien significatif entre le type de formation des IDSP et la fréquence d'utilisation des CC, mettant en avant l'importance de la formation pour encourager l'intégration de la pratique ainsi que son utilisation régulière. Les résultats suggèrent que la formation initiale est insuffisante pour une utilisation fréquente que si les IDSP bénéficient de formations complémentaires.

L'existence de formations n'a en revanche pas montré d'impact significatif sur la présence ou non de freins à l'utilisation des CC. Cela montre qu'il existe d'autres obstacles à leur utilisation, notamment les préférences pour telles ou telles méthodes.

Les limites de l'étude, montrent cependant que les résultats doivent être interprétés avec prudence et qu'une étude à plus grande échelle serait nécessaire pour pouvoir généraliser les conclusions. De plus, une étude sur la comparaison des résultats de l'utilisation des CC avec d'autres méthodes par les IDSP pourrait permettre d'argumenter le fait de renforcer leurs formations aux CC.

Bibliographie

1 Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp Consulté le 16 juillet 2024.

2 Ministère des Solidarités et de la Santé. Education thérapeutique du patient [Internet]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/education-therapeutique-du-patient/article/education-therapeutique-du-patient> Consulté le 14 juillet 2024.

3 Haut Conseil de Santé Publique (HCSP). L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours. Paris (Fra): Haut Conseil de Santé Publique; 2009 [En ligne]. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_edthsoprrre.pdf Consulté le 24 juillet 2024.

4 Haute Autorité de Santé. Programmes d'éducation thérapeutique du patient : la HAS publie un guide pour l'auto-évaluation annuelle. Paris : HAS; 2012 [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1239136/en/programmes-d-education-therapeutique-du-patient-la-has-publie-un-guide-pour-l-auto-evaluation-annuelle Consulté le 24 juillet 2024.

5 Chapron A, Fiquet L, Allory E, Brinchault G, Hugé S, Pommier J. Quels sont les facteurs prioritaires à mettre en œuvre pour développer une démarche éducative en médecine générale ? Santé Publique. 2017;29(1):21-29.

6 Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. Questions d'économie de la santé. 2018;(232)

7 Dubreuil R. Impact de l'éducation thérapeutique, au sein du réseau ASALEE, sur la qualité de vie des patients diabétiques de type 2. Thèse de doctorat en médecine. Université de Poitiers; 14 juin 2018.

438 Bouchaud A. Vécu et ressenti des patients diabétiques suivis par une infirmière de santé publique de l'association ASALEE. Thèse de doctorat en médecine. Université de Poitiers; 16 novembre 2017.

9 Tardits E. Évaluation de l'efficacité du protocole ASALEE sur la qualité du suivi des patients diabétique de type 2 dans deux cabinets médicaux des Landes. Thèse de doctorat en médecine. Université de Bordeaux; 11 janvier 2016

10 Py R. Attitudes et sentiments des médecins du dispositif ASALEE : une enquête d'opinion dans le Limousin en 2015. Thèse de doctorat en médecine. Université de Limoges; 13 octobre 2015.

11 Dadena E. et Sader M. Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées: le point de vue des patients. Thèse de doctorat en médecine. Université de Toulouse; 15 juin 2017.

12 Amussat A. ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe) et dépistage organisé du cancer du sein : étude descriptive auprès des 54 médecins généralistes ASALEE des Deux-Sèvres : évolution du taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein après deux années de collaboration avec l'infirmière ASALEE. Thèse de doctorat en médecine. Université de Marseille; 11 octobre 2017.

13 Novak JD. La théorie qui sous-tend les cartes conceptuelles et la façon de les construire [Internet]. Université de Cornell. Disponible sur:

https://tecfa.unige.ch/tecfa/teaching/bachelor_74111/Cours%2009-10/M%E9diatisation_semioconitives_cartes_conceptuelles/cartes_novak.pdf

14 Meyer P. Les cartes conceptuelles : un outil créatif en pédagogie. 2010; 3(102): 35– 41.

15 Marchand C, d'Ivernois JF. Les cartes conceptuelles dans les formations en santé. Pédagogie Médicale. 2004;5(11):230-240.

16 Cañas AJ, et al. A summary of literature pertaining to the use of concept mapping techniques and technologies for education and performance support. The Institute for Human and Machine Cognition. Pensacola; 2003.

17 Ausubel DP. The Acquisition and Retention of Knowledge: A Cognitive View [Internet].

Springer-Science. Springer Science & Business Media; 1968. 227 p. Disponible sur:
<https://link.springer.com/book/10.1007/978-94-015-9454-7>

18 Marchand C, d'Ivernois JF. Les cartes conceptuelles dans les formations en santé. Pédagogie Médicale. 2004;5(11):230-240.

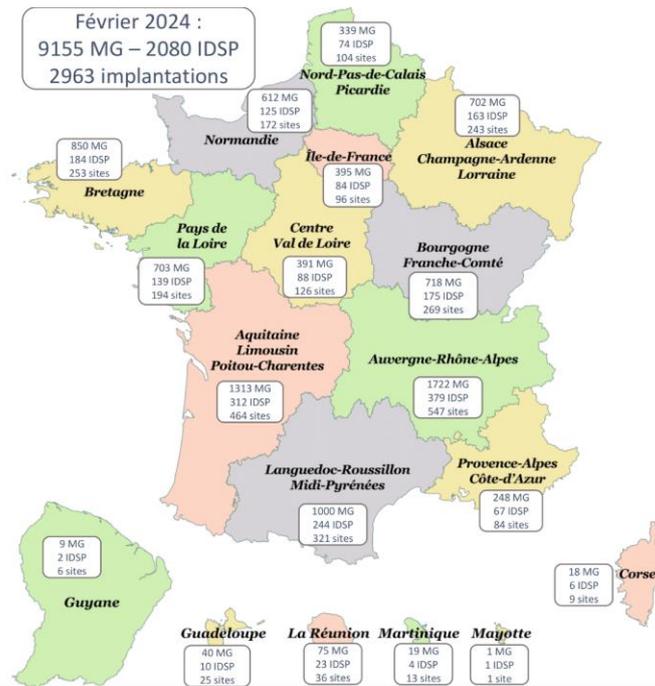
19 Godet M, Marchand C, De Andrade V, d'Ivernois JF, Gagnayre R. The use of concept maps in the therapeutic patient education field: preliminary study with an analysis of the literature. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ. 2015;7(2).

- 20 Marchand C. La technique des cartes conceptuelles comme outil d'aide au diagnostic éducatif [Internet]. 2005. Disponible sur: <https://ipcem.org/img/ouvrages/marchandcartc.pdf>
- 21 Marchand C, Amory-Rébérot B, van der Schueren Etévé M, Proust N, Ruelle L, Taupin JM, Gagnayre R. Utilité de la carte conceptuelle dans le suivi éducatif de patients au sein d'un pôle de prévention et d'éducation du patient. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*. 2012;4(1):31-40.
- 22 Persona M, Beaumont M. Utilisation des cartes conceptuelles pour l'évaluation des connaissances des patients en réhabilitation respiratoire. *Kinesither Rev*. 2014;14(156):53-59.
- 23 Rochette A, Belisle M, Laflamme A, Doucet M, Chaput M, Fillion N. Étude descriptive de l'utilisation des cartes conceptuelles comme stratégie pédagogique en sciences de la santé. *Pédagogie Médicale* 2010; 11(2): 97-109.
- 24 Baritaud S, Utilisation actuelle, par les départements de médecine générale, de l'outil carte conceptuelle, dans l'enseignement du diplôme d'études spécialisées de médecine générale, en France. Thèse de doctorat en médecine. Université de Poitiers; 1 Novembre 2015
- 25 Dong R, Yang X, Xing B, Zou Z, Zheng Z, Xie X, Zhu J, Chen L, Zhou H. Use of concept maps to promote electrocardiogram diagnosis learning in undergraduate medical students. *Int J Clin Exp Med*. 2015; 8(5):7794-7801
- 26 Laight D-W, attitudes to concept maps as a teaching/learning activity in undergraduate health professional education: influence of preferred learning style. *Med Teach* 2004; 26:229–233.
- 27 Tseng S-S, Sue P-C, Su J-M, Weng J-F, Tsai W-N. A new approach for constructing the concept map. *Computers Education* 2007; 49: 691-707.
- 28 Giacomo V, Education thérapeutique en médecine générale: apport de la carte conceptuelle dans la co-construction du bilan éducatif partagé: étude qualitative menée avec des patients hypertendus. Thèse de doctorat en médecine. Université de Nice; 15 novembre 2012.
- 29 Person M, Beaumont M, Utilisation des cartes conceptuelles pour l'évaluation des connaissances des patients en réhabilitation respiratoire. *Kinésithérapie, la Revue* 2014, 14(156): 53-59.

30 Daley BJ, Torre DM, Concepts map in medical education: an analytical literature review. *Medical Education* 2010, 44: 440-448.

Annexes

Annexe 1 : Répartition des IDSP par département.



Annexe 2 : Calcul d'effectif de l'échantillon, StatCalc.

StatCalc - Sample Size and Power

Population survey or descriptive study
For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.

Population size:	2080	Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
Expected frequency:	10 %	80%	57	57
Acceptable Margin of Error:	5 %	90%	93	93
		95%	130	130
Design effect:	1,0	97%	157	157
		99%	214	214
Clusters:	1	99.9%	328	328
		99.99%	432	432

Questionnaire d'utilisation pédagogique des cartes conceptuelles en

1. Présentation du sondage

Titre de la recherche

Etude descriptive de l'utilisation des cartes conceptuelles comme outil pédagogique en sciences de la santé.

Responsable

Annie Rochette, erg. Ph.D.
 Professeur-adjointe au programme d'ergothérapie
 Chercheure régulière, Centre de recherche Interdisciplinaire en réadaptation de Montréal (CRIIR)
 Tél : (514) 343-2192
 Courriel: annie.rochette@umontreal.ca

Équipe également composée des membres du groupe de recherche sur les cartes conceptuelles de l'Université de Montréal: Marilou Bélsisle, André Lafamme, Michèle Doucet et Monique Chaput.

Description

La carte conceptuelle est souvent perçue comme un outil pédagogique prometteur. Il s'agit ici d'une étude visant à explorer le contexte d'utilisation des cartes conceptuelles par des personnes ayant démontré un intérêt envers cet outil pédagogique. Sont donc ciblées les personnes qui ont suivi une formation offerte par le CEFES (UdeM) sur les cartes conceptuelles ou des personnes reconnues par leurs pairs comme étant intéressées par cet outil pédagogique.

Nature de votre participation

A ce jour, plus de deux cents personnes ont suivi la formation offerte par le CEFES sur les cartes conceptuelles. Si vous faites partie de ce groupe, vous êtes ciblés en premier pour votre participation à ce sondage. De plus, afin de documenter les pratiques les plus variées possible, nous vous demandons de nous transmettre le courriel de vos collègues québécois que vous jugez intéressés par les cartes conceptuelles.

Votre participation à ce sondage vous permettra de partager votre expérience face à un outil dont l'intérêt est grandissant dans la communauté enseignante. Une meilleure compréhension des conditions facilitatrices ou limitantes quant à leur utilisation offrira des pistes concrètes d'action et de recommandations permettant d'en faciliter l'adoption par un plus grand nombre. Il n'y a pas d'inconvénient direct, pouvant découler de cette participation, mis à part un don de quelques minutes de votre temps (estimé à environ une quinzaine de minutes).

Confidentialité

Les informations recueillies demeureront strictement confidentielles. Afin d'assurer cette confidentialité, votre nom est remplacé par un code auquel seule la personne responsable de l'étude a accès. Ce code vous est transmis par courriel au moment où nous sollicitons votre participation. Nous vous demanderons de l'entrer avant de commencer le sondage. Cette procédure nous permettra également d'éviter de vous relancer inutilement. Toutes les données seront conservées dans l'ordinateur d'Annie Rochette, responsable de l'étude, pour une période maximale de 7 ans. Elles seront ensuite détruites. L'information recueillie sera utilisée aux fins de communication scientifique et professionnelle en respectant l'anonymat des participants.

Si, pour quelque raison que ce soit, vous souhaitez vous retirer de l'étude après y avoir participé, vous n'avez qu'à en informer la personne responsable, Annie Rochette par courriel (annie.rochette@umontreal.ca).

Le projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine le 10 décembre 2007, numéro de référence CERFM (07)#282.

Personnes-ressources

Pour obtenir des informations supplémentaires directement en lien avec ce sondage, vous pouvez communiquer avec Madame Annie Rochette, responsable de l'étude par courriel annie.rochette@umontreal.ca ou par téléphone au (514) 343-2192.

Vous pouvez communiquer avec le Bureau de l'ombudsman de l'Université de Montréal pour obtenir des renseignements éthiques, faire part d'un incident ou formuler des plaintes ou des commentaires au (514) 343-2100.

L'après-sondage

Questionnaire d'utilisation pédagogique des cartes conceptuelles en

Les résultats de l'enquête feront l'objet d'un article scientifique qui sera soumis à la revue Pédagogie Médicale. Aucune information permettant d'identifier un répondant ne sera divulguée.

Questionnaire d'utilisation pédagogique des cartes conceptuelles en

2. Code de répondant(e)

* 1. Entrez votre code de répondant(e).

Ce code apparaît sur le courriel de sollicitation que vous avez reçu de la part de la responsable de ce sondage, Annie Rochette. Si vous n'avez pas ce code en mains, contactez Madame Rochette (annie.rochette@umontreal.ca).

Questionnaire d'utilisation pédagogique des cartes conceptuelles en

3. Pratique actuelle des cartes conceptuelles

* 1. Utilisez-vous ou avez-vous déjà utilisé les cartes conceptuelles comme stratégie d'enseignement et/ou d'apprentissage?

Oui

Non

2. Si vous n'avez jamais utilisé les cartes conceptuelles comme stratégie d'enseignement et/ou d'apprentissage, expliquez pourquoi.

Questionnaire d'utilisation pédagogique des cartes conceptuelles en

4. Merci de votre participation

Nous vous remercions de votre participation à ce sondage et nous vous invitons à poursuivre à la page suivante afin de compléter quelques informations sociodémographiques. Les autres questions prévues s'adressent spécifiquement aux personnes utilisant ou ayant déjà utilisé les cartes conceptuelles comme stratégie d'enseignement et/ou d'apprentissage.

Questionnaire d'utilisation pédagogique des cartes conceptuelles en

5. Contexte d'utilisation

1. Veuillez indiquer le nombre de cours dans lesquels vous utilisez les cartes conceptuelles comme outil pédagogique ainsi que le nombre d'étudiants qui y sont impliqués pour chacun des niveaux d'enseignement suivants:

	Nombre de cours	Nombre total de vos étudiants pour ce cycle
Premier cycle	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
Deuxième cycle	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
Troisième cycle	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>

2. Faculté, département ou école.

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Faculté de l'aménagement | <input type="radio"/> Faculté de musique |
| <input type="radio"/> Faculté des arts et des sciences | <input type="radio"/> Faculté de pharmacie |
| <input type="radio"/> Faculté de droit | <input type="radio"/> Faculté des sciences de l'éducation |
| <input type="radio"/> Faculté de l'éducation permanente | <input type="radio"/> Faculté des sciences infirmières |
| <input type="radio"/> Faculté des études supérieures et postdoctorales | <input type="radio"/> Faculté de théologie et de sciences des religions |
| <input type="radio"/> Faculté de médecine | <input type="radio"/> Département de kinésiologie |
| <input type="radio"/> Faculté de médecine dentaire | <input type="radio"/> École d'optométrie |
| <input type="radio"/> Faculté de médecine vétérinaire | |
| <input type="radio"/> Autre (S.V.P., spécifiez) | <input type="text" value=""/> |

* 3. Qui est-ce qui conçoit la carte?

- L'enseignant
- Les étudiants
- L'enseignant et les étudiants
- Autre (S.V.P., spécifiez)
-

Questionnaire d'utilisation pédagogique des cartes conceptuelles en

6. Description de la pratique - A

Cette section permet d'exprimer l'expérience de conception de cartes conceptuelles par l'enseignant ou par une autre personne.

1. Pouvez-vous décrire l'utilisation que vous faites de la carte conceptuelle dans votre enseignement?

(S.V.P., précisez le but et la démarche utilisée)

2. De quel type de carte s'agit-il?

- Carte thématique (portant sur un concept ou une question centrale)
- Carte contextuelle (décrivant les éléments propres à une histoire de cas ou à une vignette)
- Autre (S.V.P., précifiez)

3. Quelle(s) méthode(s) de traçage privilégiez-vous?

- Papier et crayon
- Logiciel CmapTools
- Logiciel Inspiration
- Logiciel MOT ou MOT+
- Autre (S.V.P., précifiez)

4. Comment vous êtes-vous initié(e) à la conception de cartes conceptuelles?

Questionnaire d'utilisation pédagogique des cartes conceptuelles en

7. Évaluation de l'utilisation de la carte conceptuelle

1. Selon vous, quels sont les points forts ou les avantages (valeur ajoutée) d'utiliser la carte conceptuelle dans votre pratique d'enseignement?

2. Selon vous, quelles sont les limites de l'utilisation de la carte conceptuelle dans le contexte de votre pratique?

3. Quels conseils donneriez-vous à un collègue qui voudrait utiliser les cartes conceptuelles dans son enseignement?

4. Avez-vous sondé l'opinion de vos étudiants quant à votre utilisation des cartes conceptuelles?

- Oui
- Non

5. Dans l'affirmative, par quel(s) moyen(s)?

- Sondage
- Discussion en classe
- Discussion informelle
- Autre (S.V.P., précisez)

6. Sommairement, quels ont été les impressions de vos étudiants?

Questionnaire d'utilisation pédagogique des cartes conceptuelles en

8. Description de la pratique - B

Cette section permet d'exprimer l'expérience de conception de cartes conceptuelles par les étudiants ou par l'enseignant et les étudiants.

1. Pouvez-vous décrire l'utilisation que vous faites de la carte conceptuelle dans votre enseignement?

(S.V.P., précisez le but et la démarche utilisée)

2. De quel type de carte s'agit-il?

- Carte thématique (portant sur un concept ou une question centrale)
 Carte contextuelle (décrivant les éléments propres à une histoire de cas ou à une vignette)
 Autre (S.V.P., spécifiez)

3. Quelle(s) méthode(s) de tracage privilégiez-vous?

- Papier et crayon
 Logiciel CmapTools
 Logiciel Inspiration
 Logiciel MOT ou MOT+
 Autre (S.V.P., spécifiez)

4. Comment vous êtes-vous initié(e) à la conception de cartes conceptuelles?

5. Comment vos étudiants se sont-ils initiés à la conception de cartes conceptuelles?

Questionnaire d'utilisation pédagogique des cartes conceptuelles en

6. Lorsque les étudiants conçoivent une carte, quelles consignes leur donnez-vous?

7. La carte fait-elle l'objet d'une présentation?

- Oui
 Non

8. Dans l'affirmative, de quel type de présentation s'agit-il?

- Orale
 Ecrite
 Discussion
 Autre (S.V.P., précisez)

9. La carte fait-elle l'objet d'une rétroaction?

- Oui
 Non

10. Si la carte fait l'objet d'une rétroaction, expliquez la formulation type d'une rétroaction.

Questionnaire d'utilisation pédagogique des cartes conceptuelles en

9. Évaluation des apprentissages

1. La carte est-elle utilisée comme une méthode d'évaluation formative?
L'évaluation formative est un mode d'évaluation qui s'intègre au processus d'apprentissage et qui permet de poser un diagnostic dans le but de corriger ou d'améliorer le degré d'acquisition ou d'habileté d'un étudiant face à une ou plusieurs cibles d'apprentissage.

- Oui
 Non

2. Dans l'affirmative, qui évalue la carte?

3. Comment est-elle évaluée?

4. La carte est-elle utilisée comme une méthode d'évaluation sommative?
L'évaluation sommative, généralement posée à la fin d'une étape d'apprentissage, permet de certifier le degré d'acquisition ou d'habileté d'un étudiant face à une ou plusieurs cibles d'apprentissage.

- Oui
 Non

5. Dans l'affirmative, qui évalue la carte?

6. Comment est-elle évaluée?

7. Existe-t-il un corrigé disponible?

- Oui
 Non

8. Dans l'affirmative, pouvez-vous expliquer l'utilisation que vous en faites?

Questionnaire d'utilisation pédagogique des cartes conceptuelles en

10. Application

1. Si le travail se fait en équipe, quelle est la taille de l'équipe? (entrez une valeur numérique)

2. Comment la carte conceptuelle est-elle conçue par l'équipe?

3. Quel est le nombre de superviseurs/d'assistants qui aident à la conception des cartes par les étudiants?

4. Quel est le temps de réalisation moyen (ou estimé) des cartes conceptuelles par les étudiants (en heures)?

5. Où se conçoivent les cartes conceptuelles par les étudiants?

- En classe
 Hors classe
 En ligne
 Autre (S.V.P., spécifier)

Questionnaire d'utilisation pédagogique des cartes conceptuelles en

11. Évaluation de l'utilisation de la carte conceptuelle

1. Selon vous, quels sont les points forts ou les avantages (valeur ajoutée) d'utiliser la carte conceptuelle dans votre pratique d'enseignement?

2. Selon vous, quelles sont les limites de l'utilisation de la carte conceptuelle dans le contexte de votre pratique?

3. Avez-vous sondé l'opinion de vos étudiants quant à votre utilisation des cartes conceptuelles?

- Oui
 Non

4. Dans l'affirmative, par quels (s) moyen(s)?

- Sondage
 Discussion en classe
 Discussion informelle
 Autre (S.V.P., précisez)

5. Sommairement, quels ont été les impressions de vos étudiants?

6. Quels conseils donneriez-vous à un collègue qui voudrait utiliser les cartes conceptuelles dans son enseignement?

Questionnaire d'utilisation pédagogique des cartes conceptuelles en

12. Autres expériences

1. Si vous utilisez les cartes conceptuelles dans un autre contexte que celui que vous venez de décrire, veuillez en donner une brève description.

Questionnaire d'utilisation pédagogique des cartes conceptuelles en

13. Données démographiques

1. Dans quel groupe d'âge vous situez-vous?

- 20 à 29 ans
- 30 à 39 ans
- 40 à 49 ans
- 50 à 59 ans
- 60 ans et plus

2. Vous êtes...

- une femme
- un homme

3. Quel est votre titre d'emploi?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Adjoint(e) de clinique | <input type="radio"/> Professeur(e) |
| <input type="radio"/> Chargé(e) d'enseignement | <input type="radio"/> Professeur(e) adjoint(e) |
| <input type="radio"/> Chargé(e) d'enseignement clinique | <input type="radio"/> Professeur(e) adjoint(e) de clinique |
| <input type="radio"/> Chargé(e) de clinique | <input type="radio"/> Professeur(e) agrégé(e) |
| <input type="radio"/> Chargé(e) de cours | <input type="radio"/> Professeur(e) agrégé(e) de clinique |
| <input type="radio"/> Chargé(e) de cours invité | <input type="radio"/> Professeur(e) invité(e) |
| <input type="radio"/> Chargé(e) de formation clinique | <input type="radio"/> Professeur(e) titulaire |
| <input type="radio"/> Chargé(e) de formation pratique | <input type="radio"/> Responsable de formation clinique |
| <input type="radio"/> Clinicien(ne) | <input type="radio"/> Responsable de formation pratique |
| <input type="radio"/> Clinicien(ne) associé(e) | |
| <input type="radio"/> Autre (S.V.P., précisez) | |

4. Combien d'années d'expérience avez-vous en enseignement?

- 0 à 5 ans
- 5 à 10 ans
- 10 à 15 ans
- 15 à 20 ans
- 25 à 30 ans
- 35 à 40 ans
- Plus de 40 ans

Questionnaire d'utilisation pédagogique des cartes conceptuelles en

Questionnaire d'utilisation pédagogique des cartes conceptuelles en

14. Résultats et poursuite

1. Si vous souhaitez être maintenu au courant de la publication des résultats de cette recherche, saisissez une adresse de courriel valide:

Voire adresse de courriel:

2. Nous souhaitons élargir notre bassin de répondants. Alors, si vous connaissez des enseignants dans le domaine de la santé qui incluent les cartes conceptuelles comme stratégie d'enseignement ou d'apprentissage dans leur pratique, veuillez nous indiquer leurs noms, prénoms et adresses de courriel.

Nom, prénom, courriel 1

Nom, prénom, courriel 2

Nom, prénom, courriel 3

Questionnaire d'utilisation pédagogique des cartes conceptuelles en

15. Commentaires additionnels

1. Inscrivez ici tout autre commentaire que vous croyez pertinent en rapport avec l'objet de ce sondage.

Partie A : 1) Avez vous déjà entendu parler des cartes conceptuelles ?

A1.

- Oui
Non

Partie B: Votre expérience avec la carte conceptuelle

B1. Utilisez-vous ou avez-vous déjà utilisé la carte conceptuelle ?

- Oui, je l'utilise dans mon travail en tant qu'Asalée
Oui, mais je ne l'utilise plus
Oui, je l'utilise mais dans d'autre domaine
Non je ne l'ai jamais utilisée.

Partie C : Vous connaissez la carte conceptuelle mais vous ne l'utilisez pas ou plus dans votre pratique

C1. Comment avez-vous appris l'utilisation des cartes conceptuelles ?

- Autoformation
Formation Asalée
Séminaire ou autre formation

C2. Que vous manque-t-il pour utiliser les cartes conceptuelles dans votre travail d'infirmière Asalée ?

- Des formations
Du temps
Préférence pour d'autres méthodes
Pas perçues comme utile
Autre: (merci de compléter l'encadré qui apparaît si vous cochez la case)

C3.

C4. Selon vous, l'utilisation des cartes conceptuelles peut améliorer la qualité des soins que vous fournissez ?

- Oui
Non
Je ne sais pas

C5. Quelles alternatives aux cartes conceptuelles utilisez-vous pour organiser l'information ?

- Outils numériques
Listes écrites
Tableaux
Autres: (merci de compléter l'encadré qui apparaît si vous cochez la case)

C6.

C7. Quelles alternatives aux cartes conceptuelles utilisez-vous pour visualiser l'information ?

- Outils numériques
Diagrammes
Schémas
Autres: (merci de compléter l'encadré qui apparaît si vous cochez la case)

C8.

C9. Quelle est votre opinion sur l'utilité des cartes conceptuelles dans le domaine médical ?

- Tres utile
Utile
Neutre
Peu utile
Inutile

C10. Selon vous, quel(s) aspect(s) spécifique de votre travail n'est(ne sont) pas compatible(s) avec l'utilisation des cartes conceptuelles ?

C11. Selon vous, quel(s) aspect(s) de votre travail est(ont) compatible(s) avec l'utilisation des cartes conceptuelles ?

C12. Seriez-vous prêt à essayer d'utiliser les cartes conceptuelles à l'avenir ?

- Oui
Non
Peut-être

Partie D: Vous utilisez la carte conceptuelle

D1. Comment avez-vous appris l'utilisation des cartes conceptuelles ?

- Au cours de la formation Asalec
Autoformation
Autre: (merci de compléter l'encadré qui apparaît si vous cochez la case)

D2.

D3. Vous utilisez les cartes conceptuelles:

- Uniquement pour organiser votre travail
En consultation avec le patient

D4. A quelle fréquence utilisez-vous les cartes conceptuelles ?

- Au moins une fois par jour
Au moins une fois par semaine
Au moins une fois par mois
Moins d'une fois par mois
Jamais

D5. Vous utilisez les cartes conceptuelles pour:

- Améliorer la compréhension des patients
Organiser les informations cliniques
Faciliter la prise de décisions
Améliorer la communication avec les collègues
Autres: (merci de compléter l'encadré qui apparaît si vous cochez la case)

D6.

D7. Comment se déroule la création de la carte conceptuelle ?

- Vous créez la carte conceptuelle seul/seule
Le patient crée la carte seul
Création à deux avec le patient
Autre: (merci de compléter l'encadré qui apparaît si vous cochez la case)

D8.

D9. Quels outils ou logiciels utilisez-vous pour créer les cartes conceptuelles ?

- Papier et crayon d'une seule couleur
- Papier et crayon de plusieurs couleurs
- Solution logicielle (précisez le nom dans l'encadré qui apparaît si vous cochez la case)
- Autre: (merci de compléter l'encadré qui apparaît si vous cochez la case)

D10.

D11.

D12. Quels sont selon vous les inconvénients à l'utilisation des cartes conceptuelles ?

D13. Quels sont selon vous les avantages à l'utilisation de la carte conceptuelle ?

D14. Selon vous, la formation aux cartes conceptuelles devrait être intégrée à la formation Asalée ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

D15. Quel temps moyen ou estimé dure la conception d'une carte conceptuelle dans votre pratique ?

D16. Quels conseils donneriez-vous à un collègue débutant dans l'utilisation des cartes conceptuelles ?

D17. Quels sont ou ont été les impressions des patients sur l'utilisation des cartes conceptuelles?

- Très satisfait
- Satisfait
- Neutre
- Insatisfait
- Très insatisfait

Partie E: Merci d'avoir répondu au questionnaire, il vous reste trois questions démographiques.

E1. Vous êtes :

- Une femme
Un homme

E2. Dans quel groupe d'âge vous situez-vous?

- 20 à 29 ans
30 à 39 ans
40 à 49 ans
50 à 59 ans
60 ans et plus

E3. Quel est votre année d'intégration dans Asaléc ?

E4. Si vous souhaitez recevoir une copie de ma thèse une fois celle-ci terminée, vous pouvez m'écrire votre email juste ici.

Résumé

Contexte : Malgré de nombreuses études sur les cartes conceptuelles en ETP, aucune donnée n'existait sur leur utilisation par les infirmières de la structure action de santé libérale en équipe (ASALEE).

Objectif : Évaluer l'utilisation des cartes conceptuelles par les infirmières déléguées à la santé publique. Chercher les liens entre formation aux cartes conceptuelle et leur utilisation. Rechercher les freins à leur utilisation.

Méthode : Un questionnaire a été envoyé par email à 97 infirmières.

Résultats : 57 questionnaires ont été analysés. 36,4% des répondants utilisaient les cartes conceptuelles. La formation des infirmières était associée de manière significative à la fréquence d'utilisation des cartes conceptuelles ($p=0.03497$). Il n'a pas été retrouvé de lien entre la formation et les freins à leur utilisation.

Conclusion : Les infirmières ayant bénéficié de formation complémentaire utilisent plus souvent les cartes conceptuelles.

Mots-clés : éducation thérapeutique, infirmière déléguée à la santé publique, ASALEE, carte conceptuelle, formation, utilisation.

Serment



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Résumé

Contexte : Malgré de nombreuses études sur les cartes conceptuelles en ETP, aucune donnée n'existait sur leur utilisation par les infirmières de la structure action de santé libérale en équipe (ASALEE).

Objectif : Évaluer l'utilisation des cartes conceptuelles par les infirmières déléguées à la santé publique. Chercher les liens entre formation aux cartes conceptuelle et leur utilisation. Rechercher les freins à leur utilisation.

Méthode : Un questionnaire a été envoyé par email à 97 infirmières.

Résultats : 57 questionnaires ont été analysés. 36,4% des répondants utilisaient les cartes conceptuelles. La formation des infirmières était associée de manière significative à la fréquence d'utilisation des cartes conceptuelles ($p=0.03497$). Il n'a pas été retrouvé de lien entre la formation et les freins à leur utilisation.

Conclusion : Les infirmières ayant bénéficié de formation complémentaire utilisent plus souvent les cartes conceptuelles.

Mots-clés : éducation thérapeutique, infirmière déléguée à la santé publique, ASALEE, carte conceptuelle, formation, utilisation.