

Éducation des patients diabétiques hospitalisés : analyse des besoins de formation auprès des infirmières d'un hôpital Libanais

Nisrine Moubarak Ph.D
Université Laval, nisrine.moubarak@fsi.ulaval.ca

Frederic Douville Ph.D
Université Laval, frederic.douville@fsi.ulaval.ca

Follow this and additional works at: <https://qane-afi.casn.ca/journal>



Part of the [Adult and Continuing Education Commons](#), [Educational Assessment, Evaluation, and Research Commons](#), [Health and Physical Education Commons](#), and the [Nursing Commons](#)

Recommended Citation

Moubarak, Nisrine Ph.D and Douville, Frederic Ph.D (2022) "Éducation des patients diabétiques hospitalisés : analyse des besoins de formation auprès des infirmières d'un hôpital Libanais," *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*: Vol. 8: Iss. 2, Article 10.

DOI: <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1332>

This Article is brought to you for free and open access by Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière. It has been accepted for inclusion in Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière by an authorized editor of Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière.

Éducation des patients diabétiques hospitalisés : analyse des besoins de formation auprès des infirmières d'un hôpital Libanais

Cover Page Footnote

Cette recherche était soutenue financièrement par L'équipe FUTUR (FRQSC). Nous n'avons aucun conflit d'intérêt à déclarer. Cet article est basé sur la thèse doctorale de N. Moubarak. | This research was supported By "FUTUR team" (FRQSC). We have no known conflict of interest to disclose. This article is based on a doctoral thesis completed by N. Moubarak.

Introduction

L'infirmière a un rôle essentiel à jouer en éducation du patient sur le diabète. Une action est nécessaire pour faciliter l'expansion des rôles des infirmières afin de leur permettre d'être une force essentielle pour aider les patients à autogérer le diabète. Par exemple, les lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada (2018) démontrent que les soins et les programmes d'enseignement sur le diabète doivent être, dans la mesure du possible, prodigués par une équipe de professionnels composés d'un médecin et d'éducateurs spécialisés en diabète, dont des infirmières (Sherifali et al., 2018). Plusieurs connaissances sont offertes aux professionnels de la santé par ces lignes directrices. De plus, aux États-Unis, les normes nationales pour l'enseignement de qualité par des programmes d'éducation sur le diabète indiquent que les infirmières ainsi que tous les membres de l'équipe responsables de cet enseignement doivent recevoir de la formation continue (Beck et al., 2017). De même, les connaissances inadéquates des infirmières sur le diabète et sa prise en charge (Alotaibi et al., 2016), tant dans les pays en développement que dans les différents contextes de soins de santé, pourraient être résolues en établissant des programmes de formation spécialisée en milieu du travail (Krall et al., 2016 ; Uğur et al., 2015). D'où l'importance de voir ce qu'il en est de la formation et du besoin de formation des infirmières sur le diabète.

Le rôle de la formation continue est essentiel pour soutenir les connaissances et les compétences des infirmières sur le diabète (American Diabetes Association [ADA], 2020 ; Diabète Canada, 2018 ; Yacoub et al., 2016). Depuis 1988, l'organisation mondiale de la santé (OMS) a recommandé la formation du personnel soignant pour une meilleure éducation des patients. En outre, l'ADA et la Joint Commission on Accreditation of Hospital considèrent la formation des professionnels de santé sur l'éducation des patients hospitalisés comme des critères de bonne gestion hospitalière afin d'assurer une transition sécuritaire de l'hôpital vers le domicile (Krall et al., 2016). De plus, tous les professionnels de la santé qui prennent soin des patients diabétiques devraient recevoir des mises à jour continues sur la gestion du diabète par des activités éducatives (American Association of Diabetes Educators [AADE], 2014). De nombreuses organisations membres de l'International Diabetes Federation (IDF) mentionnent que le problème le plus critique qui empêche l'éducation et les soins du diabète de haute qualité, est le manque de professionnels de la santé qualifiés et des programmes de formation (IDF, 2015 ; ADA, 2020). Ainsi, des normes internationales pour l'éducation sur le diabète ont été élaborées par l'IDF. Elles fournissent des conseils sur les informations essentielles que les professionnels de la santé doivent connaître sur le diabète et sa gestion. Plusieurs chercheurs appuient fortement l'importance de la formation continue des infirmières afin de capitaliser leurs connaissances et d'améliorer leurs compétences pour garantir la qualité des soins en diabète (Abdulhadi et al., 2013 ; Alotaibi et al., 2017 ; Hardee et al., 2015 ; Modic et al., 2014 ; Oyetunde et Famakinwa, 2014 ; Uğur et al., 2015 ; Young, 2011). Cependant, le processus d'analyse de besoins est essentiel pour maximiser l'atteinte des objectifs de différents types d'activités de formation.

Au niveau international, un certain nombre d'obstacles ont été signalés comme contribuant à l'incapacité des infirmières à acquérir ou à conserver des connaissances adéquates sur le diabète. Il s'agit notamment du manque de formation adéquate, du manque d'accès aux ressources pertinentes, de l'expérience limitée en matière de soins aux patients diabétiques et de la faible participation à la formation continue sur le diabète (Alotaibi et al., 2016). Les charges de travail élevées et le moral bas des infirmières ont également été identifiés comme des obstacles à l'amélioration de leurs connaissances sur le diabète et sa gestion. (Alotaibi et al., 2016). Il est important que les hôpitaux se concentrent sur ces obstacles car garantir la compétence

professionnelle est une stratégie importante pour améliorer les soins et l'éducation en matière de diabète dans les établissements de soins aigus (London Diabetes Strategic Clinical Network, 2016 ; Manchester, 2008). Plusieurs stratégies peuvent être mises en œuvre pour améliorer les compétences des infirmières en soins et en gestion du diabète. La formation continue fait partie intégrante de l'aide apportée aux infirmières pour mettre à jour leurs connaissances sur la gestion des patients diabétiques (Gerard et al., 2010) et maintenir leurs compétences (London Diabetes Strategic Clinical Network, 2016). Selon Nassar et al. (2019), la formation d'infirmières de chevet pour éduquer les patients hospitalisés sur la gestion de leur diabète est l'une des voies explorées, pour aider à accroître la capacité de rejoindre une proportion de patients plus élevée que celle qui peut être atteinte par un spécialiste du diabète. Au Liban, les gestionnaires libanaises considèrent la formation initiale adéquate et la formation continue comme des facteurs importants contribuant au développement de la compétence infirmière (Badr et al., 2010). De plus, le maintien et l'amélioration des compétences des infirmières par des formations continues sont l'une des normes importantes en matière d'accréditation des hôpitaux au Liban (El-Jardali, 2019).

Depuis longtemps, il est connu que l'hospitalisation offre l'occasion de répondre aux besoins d'apprentissage urgents des patients surtout parce qu'elle garantit l'accès au patient (Leichter, 1986 ; Nettles, 2005). Elle peut aussi être la seule opportunité pour éduquer un patient (Nettles, 2005) surtout dans les pays où les soins de santé primaires ne sont pas encore développés. Les personnes atteintes de diabète sont plus susceptibles d'être admises à l'hôpital et elles ont un risque accru de complications, une plus grande durée de séjour et une plus grande probabilité de réadmission au cours du même mois (Fraze et al., 2008 ; Khalid et al., 2014 ; Moghissi et al., 2009). Jusqu'à présent, aucune étude n'a estimé le taux d'hospitalisation des personnes diabétiques au Liban. En 2012, aux États-Unis, plus de 25 % de toutes les journées d'hospitalisation ont été engendrées par des diabétiques (ADA, 2014). Les adultes diagnostiqués avec un diabète ont un risque 3,5 fois plus élevé d'être hospitalisés que ceux sans antécédents de diabète, tandis que ceux qui ont un prédiabète sont 1,3 fois plus susceptibles d'être hospitalisés (Schneider et al., 2016). Rubin (2015) et Dungan (2012) ont montré que le risque de réadmission des patients diabétiques, quelle que soit la principale raison d'hospitalisation, est accru par rapport à ceux sans diabète. En outre, les données nationales au Royaume-Uni confirment qu'en moyenne, un patient diabétique passe plus de temps à l'hôpital qu'un patient non diabétique, malgré son admission pour la même procédure ou condition autre que le diabète (NHS Institute for Innovation and Improvement, 2008). Des coûts médicaux sont directement associés au diabète et comprennent les dépenses de prévention et de traitement du diabète et de ses complications et couvrent les soins ambulatoires et d'urgence, les soins hospitaliers aux patients hospitalisés et les soins de longue durée. Les principaux facteurs de coût du diabète sont les soins hospitaliers et ambulatoires (OMS, 2016). Plusieurs facteurs peuvent rendre les transitions de soins difficiles et la sortie de l'hôpital non sécuritaire, notamment une mauvaise éducation des patients (Black et Duval, 2019). Selon l'Association américaine du diabète (ADA, 2020), les soins hospitaliers de haute qualité pour le diabète nécessitent des normes de prestation. Des protocoles, des examens et des lignes directrices sont disponibles par exemple ceux du contrôle de la glycémie des patients hospitalisés (Moghissi et al., 2009) et d'éducation des habiletés essentielles de survie avant la sortie des patients hospitalisés (ADA, 2014).

Idéalement, selon l'ADA (2020), l'enseignement auprès des personnes atteintes de diabète devrait se faire à un bon moment et dans un lieu propice à l'apprentissage, en tant que patients ambulatoires dans un programme reconnu d'éducation au diabète. Donc, l'intervention éducative qui est un processus continu prend surtout sa place en soins primaires. Cependant, l'une des quatre

périodes critiques identifiées afin d'évaluer, de fournir et d'ajuster l'éducation est lorsque des transitions dans les soins se produisent, telles que celles liées à la sortie de l'hôpital (AADE, 2014). En somme, d'une part l'hospitalisation semble être une période plus appropriée pour réaliser des interventions éducatives et d'autre part, ces activités éducatives doivent être structurées, en lien avec les besoins, les priorités et les croyances des patients. D'ailleurs, l'ADA (2014) suggère que les « habiletés de survie » (*survival skills*) du diabète sont une approche raisonnable pour fournir une éducation suffisante pour permettre une transition sécuritaire du patient hospitalisé à domicile. Ainsi, l'éducation aux diabétiques hospitalisés doit comprendre la médication, la surveillance de la glycémie, la reconnaissance de l'hypoglycémie et de l'hyperglycémie, et la planification des repas de base (ADA, 2014 ; Hardee et al., 2015 ; Healy et al., 2013). Plusieurs études ont montré les avantages de l'éducation des patients diabétiques à l'hôpital comme une moindre fréquence de réadmissions hospitalières (Healy et al., 2013), une amélioration d'adhésion aux médicaments après la sortie du patient de l'hôpital (Magee et al., 2014) et un meilleur contrôle de la glycémie à domicile (Wexler et al., 2012).

Au Liban, de nombreux patients libanais souffrant de diabète ne se conforment pas aux recommandations concernant un mode de vie sain ni aux traitements comme prescrits par leur médecin ainsi qu'ils ne reçoivent pas non plus une éducation appropriée pour les aider à contrôler leur maladie (Azar et al., 2013). Pour la majorité, le taux d'adhésion aux recommandations thérapeutiques concernant la maladie du diabète ne dépasse pas les 29,6 % (Azar et al., 2013). Ce problème est dû à l'inexistence, en dehors de quelques essais ponctuels et éphémères, de centres de prise en charge des patients diabétiques. En outre, l'hospitalisation peut être la seule possibilité pour le patient de recevoir une intervention éducative surtout avec des services de soins de santé primaires en cours d'organisation et la rareté des programmes éducatifs auprès des patients diabétiques. D'où l'importance de l'éducation de ces patients dans le milieu hospitalier. De plus, c'est dans ce milieu que les infirmières ont le plus de contact avec les diabétiques. À ce propos, ces infirmières doivent maîtriser les méthodes et les stratégies pour obtenir et appliquer des connaissances à jour sur le diabète afin d'éduquer les patients sur la gestion de la glycémie, la nutrition et les médicaments afin de minimiser le développement et la progression des complications aiguës et chroniques associées au diabète mal géré.

Le programme libanais de formation d'une infirmière diplômée du baccalauréat fournit une large base de connaissances et de compétences pour préparer l'infirmière diplômée à élaborer et mettre en œuvre le plan de soins et à être le lien entre le patient et le système de soins de santé. Un élément clé qui définit la pratique professionnelle des soins infirmiers est l'accent mis sur la promotion de la santé et la réduction des risques. Le rôle éducatif de l'infirmière est défini à travers son rôle professionnel. Un cours d'éducation à la santé en général est donné aux infirmières durant leur cursus universitaire selon les différents programmes présents. Une infirmière autorisée doit développer, à un niveau élevé, des compétences en communication et en évaluation, un raisonnement critique et un jugement clinique pour prendre soin des patients. En pratique, les infirmières hospitalières transmettent les informations ou distribuent des brochures aux patients avant leur sortie. En outre, l'engagement en faveur de l'apprentissage tout au long de la vie est un élément essentiel de la profession d'infirmière au Liban. Selon El-Khoury (2015), le développement du savoir et l'augmentation des connaissances constituent pour les infirmières libanaises un objectif à poursuivre tout au long de la vie professionnelle. D'une part, selon les programmes universitaires, elles assistent à un cours général sur les approches d'éducation thérapeutique des patients. De plus, c'est dans un cours d'endocrinologie qu'elles apprennent les informations essentielles à transmettre à un patient diabétique pour une meilleure autogestion. Bien

entendu, le contenu enseigné dans un tel cours n'est pas en lien avec l'éducation thérapeutique du patient qui est un processus qui ne peut pas se résumer à la délivrance d'une information. Cette dernière seule ne suffirait pas à aider les patients à gérer leur maladie au quotidien. C'est surtout au cours d'une maîtrise professionnelle qu'elles auront une opportunité d'approfondir davantage la notion de l'éducation thérapeutique du patient et sa pratique. Ainsi, ce sont les infirmières qui ont amorcé un programme d'études de deuxième cycle qui ont le plus de connaissances à ce sujet. Pour toutes les infirmières libanaises, la formation continue permettra d'acquérir ou d'actualiser les connaissances afin de dispenser des soins et une éducation correspondant aux meilleures normes de pratique auprès des personnes atteintes de diabète.

En conclusion, l'infirmière libanaise hospitalière semble être la personne la mieux placée parmi les professionnels de la santé pour favoriser l'éducation aux patients diabétiques. Le rôle de la formation continue est essentiel pour soutenir les connaissances et les compétences des infirmières sur le diabète et l'éducation des habiletés essentielles aux patients diabétiques hospitalisés (EHEPDH) (ADA, 2020 ; Diabète Canada, 2018 ; Yacoub et al., 2014). L'identification des besoins de formation des infirmières apparaît comme la première étape essentielle et un des meilleurs moyens de mettre en place un programme de formation qui pourrait soutenir la pratique infirmière. C'est dans ce contexte que sont apparues les réflexions des auteurs. Ainsi, le but de cette étude est d'analyser les besoins de formation des infirmières travaillant dans les unités de médecine et de chirurgie dans un hôpital libanais en matière d'EHEPDH.

Cadre de référence : approche andragogique de Malcolm Knowles

Dans le domaine scientifique, toute recherche concernant une nouvelle formation doit s'adosser à un cadre d'apprentissage théorique de référence. Le paradigme de l'apprentissage, auquel l'enseignement se réfère en s'engageant dans la mise en place de dispositifs de formation, doit être clair. Les théories de l'apprentissage des adultes jouent un rôle essentiel dans la conception et la mise en œuvre des programmes de formation, y compris les programmes des professionnels de la santé. L'application potentielle de ces théories dans la formation des infirmières souligne l'importance de relier les pratiques éducatives aux théories de l'apprentissage. La philosophie de l'éducation et la théorie de l'apprentissage sous-tendent toutes les pratiques éducatives, car elles fournissent les cadres conceptuels décrivant l'acquisition de connaissances, d'habiletés et d'attitudes, par un individu, permettant de modifier son comportement, ses performances ou son potentiel (Aliakbari et al., 2015). Dans une approche humaniste de l'éducation sont mises plusieurs théories d'apprentissage, dont la théorie de l'apprentissage de l'adulte de Malcom Knowles reposant sur l'andragogie, qui est à la base de cette étude.

Selon la science de l'éducation, une formation des adultes est conçue autour des besoins et des centres d'intérêt des apprenants (Knowles, 1990). Knowles n'a pas présenté comment réaliser cette étape cruciale d'identification des besoins et centres d'intérêt, mais il considère qu'un modèle de comportement, de performance ou de compétences souhaitées est un moyen efficace de déterminer les besoins d'apprentissage (Knowles et al., 2014). Lorsque l'apprenant comprend comment l'acquisition de certaines connaissances ou le développement de compétences lui permettra d'être plus performant dans la vie, il entre dans des situations d'enseignement, même didactiques, avec un objectif plus clair et considère ce qu'il apprend comme plus personnel. En se référant à la définition de Knowles, le besoin éducatif dans cette étude est considéré comme une nécessité qu'une infirmière doit apprendre pour son propre bien dans son rôle éducatif, pour le bien de l'hôpital et pour le bien des patients diabétiques hospitalisés. En effet, l'identification des besoins permettra d'élaborer un plan de formation ou d'intervention éducative (Lapointe, 1992 ;

Lockhart, 2006 ; Knowles et al., 2014). Les données d'évaluation des besoins détermineront les objectifs d'apprentissage et contribueront à la conception pédagogique qui en résultera (Adelson et al., 1985 ; Barbier et Lesne, 1986 ; Knowles, 1990 ; McConnell, 2003). De plus, elle permettra d'instaurer un climat favorisant l'apprentissage et l'amélioration continue. L'analyse des besoins de formation est fondamentale dans les différents contextes organisationnels, dont les hôpitaux (McConnell, 2003). En outre, selon Bloom (1975), les objectifs de la formation bien définis aident à avoir une déclaration claire de ce que l'action éducative doit amener comme changement aux apprenants.

En fait, un recours à l'andragogie qui est définie comme l'art et la science d'apprentissage des adultes et qui se penche sur les particularités qu'il faut tenir en compte dans leur formation a été sélectionné (Knowles, 1970). La scientificité de l'andragogie revient au fait qu'elle procède de manière scientifique quant à la planification, l'application et l'évaluation des interventions éducatives. Son art repose sur le climat relationnel qui doit exister entre l'apprenant et le formateur. De plus, les acteurs d'une formation utilisent l'approche andragogique pour la mise en place de dispositifs pédagogiques pour adultes. La réalité dans laquelle évoluent les adultes et leurs besoins sont bien différents de ceux des enfants et des jeunes adultes. L'andragogie se penche sur les particularités de l'évolution des adultes, qu'il faut tenir en compte dans la formation aux adultes. Selon Knowles (1970), l'adulte se perçoit comme un être capable de prendre ses propres décisions, d'en assumer les conséquences et de gérer sa propre vie. Cet auteur considère l'aide des apprenants à parvenir à la maturité en développant toutes leurs potentialités comme une mission de l'andragogie (Knowles, 1990). Cette dernière résulte de l'effort d'un formateur pour définir ce qui est spécifique à la formation continue de l'adulte. Dans le cadre de l'andragogie, il existe quatre hypothèses liées aux apprenants adultes : a) l'adulte est autodirigé plutôt que dépendant des autres, b) les expériences de vie fournissent à l'adulte une ressource d'apprentissage à mesure que l'individu mûrit, c) l'adulte remplit des rôles sociétaux en recherchant des expériences d'apprentissage pour répondre à des besoins reconnus, et d) les apprenants adultes cherchent des réponses à des problèmes immédiats (Knowles, 1980, 1984, 1990).

Enfin, toujours selon Knowles (1980), « la formation continue est basée sur la notion que dans un monde où les changements s'accélèrent, l'apprentissage doit être un processus continu de la naissance à la mort » (trad. libre, p. 22). La formation continue est essentielle pour que les infirmières puissent avoir les connaissances et les compétences nécessaires à l'éducation des patients diabétiques. Comme Knowles (1970) l'a recommandé, l'apprenant travaille avec un modèle de compétences pour concevoir un modèle d'apprentissage. Ainsi, une formation des infirmières par approche par compétences, en se référant à un référentiel de compétences pour l'éducation des patients diabétiques, sera utile. Personne ne peut s'opposer à cette idée de la construction d'une formation infirmière professionnelle à partir d'une analyse réaliste de la pratique. La théorie de l'apprentissage des adultes est un cadre approprié que les infirmières formatrices peuvent utiliser pour déterminer les niveaux de connaissances et de compétences des infirmières hospitalières en matière de gestion du diabète et d'éducation des patients diabétiques hospitalisés ainsi que leur besoin en formation sur le diabète.

Méthodologie

Devis

Un devis descriptif qualitatif interprétatif qui accorde une importance à la découverte, à l'exploration et à la quête de la signification des phénomènes et de relations entre les composantes

et selon la perspective des participants a été utilisé (Gallagher, 2014). Dans cette étude, il s'agit de dégager des liens entre la pratique de l'EHEPDH par les infirmières et les compétences qui en sont rattachées afin de mieux comprendre les besoins de formation de ces infirmières. Le processus d'analyse des besoins a été effectué en répondant aux principales composantes suivantes : 1) les sources et les stratégies à la base de l'évaluation du besoin ; 2) la méthode de collecte des données et l'instrument de travail à utiliser ; 3) la description de la population ou des échantillons auprès de qui les données seront recueillies et 4) la méthode d'analyse des données et de mise en priorité des besoins (Adelson et al., 1985 ; Barbier et Lesne, 1986 ; Lapointe, 1992).

Sources et stratégies à la base de l'évaluation du besoin

Les données d'évaluation des besoins peuvent provenir de trois sources qui sont les fournisseurs de la formation continue dans une institution, la littérature ou la population cible. Dans notre étude, d'après la littérature, un référentiel de compétences des professionnels de la santé et des éducatrices du diabète s'intéressant à l'éducation sur l'autogestion du diabète a été utilisé comme source. De plus, le document de l'IDF (2015) concernant les standards internationaux d'éducation sur le diabète des professionnels de la santé et qui s'intéressent aussi au processus d'évaluation des besoins comme étape préliminaire au développement et à l'implantation d'une formation sur le diabète a été choisi. Ceci rejoint le processus d'évaluation des besoins par le modèle de compétences décrit par Knowles (1990) et qui est une méthode par laquelle les participants à la formation continue comparent leur niveau actuel de performance de la pratique à une norme.

Méthode de collecte des données et instrument de travail

La méthode de groupes focalisés a été utilisée pour la collecte des données afin de dégager les besoins de formation des infirmières concernant la pratique de l'EHEPDH. La plupart des ouvrages méthodologiques sur les « focus groups » considèrent que cette méthode du champ de la recherche qualitative est idéale pour effectuer une analyse des besoins (Boutin, 2007 ; Krueger, 1994 ; Morgan et Krueger, 1998). Cette méthode permet aussi de planifier des éléments de développement d'une formation et d'évaluation de son impact sur les participants (Boutin, 2007 ; Krueger, 1994 ; Lapointe, 1992). La collecte des données s'est reposée sur une grille d'entrevue semi-dirigée, développée par la première auteure, qui propose un ordre des questions afin de guider la conversation sans l'imposer. Cette grille aide à structurer les discussions autour des thèmes et des sous-thèmes centraux à la recherche et concernant les compétences des infirmières en matière d'EHEPDH.

Les questions contenues dans le guide d'entrevue élaboré ont été conçues selon les recommandations émises par Morgan et Krueger (1998). Cette grille aide à structurer les discussions autour des thèmes et des sous-thèmes centraux à la recherche et concernant les compétences des infirmières en matière d'EHEPDH. Ainsi, une formulation en question est faite pour les thèmes provenant du référentiel de compétences et du document des standards internationaux d'éducation sur le diabète des professionnels de la santé, tous deux ont été déjà choisis comme une structure théorique ou source pour l'analyse des besoins en formation. La première auteure a donc utilisé un processus déductif basé sur les documents sources pour élaborer le guide d'entrevue qui permettrait l'analyse des besoins en formation. Plus concrètement, elle a débuté en s'intéressant à ce qu'il serait important de demander pour comprendre les besoins en formation sur l'EHEPD, puis elle a créé des questions d'entretien basées sur cette compréhension. Son examen de la littérature l'a orientée vers : a) l'importance des référentiels de compétences

pour l'analyse des besoins en formation et le développement d'une formation auprès des professionnels, et b) la pertinence des normes internationales d'éducation et des modules d'éducation sur le diabète des professionnels de santé de l'IDF qui fournit des conseils sur les informations essentielles que les professionnels de la santé doivent connaître sur le diabète et sa gestion. Les entretiens ont été enregistrés, afin de permettre une analyse en profondeur de tout ce qui est produit dans les discussions. Aussi, la première auteure a effectué la prise de notes comme un aide-mémoire pour cadrer l'animation et révéler l'attitude des participants.

Population et échantillonnage

Le recrutement des infirmières participantes aux groupes de discussion était une étape importante. Les critères d'inclusion sont : les infirmières en service de médecine et de chirurgie d'un hôpital libanais ayant accepté de participer à l'étude. Les infirmières-chefs et celles ayant une formation spécifique en éducation thérapeutique des patients diabétiques ont été exclues des groupes de discussion. En fait, les infirmières participantes pouvaient mieux exprimer leur besoin en absence de leur chef. Tandis que les infirmières spécialisées sont exclues, car elles n'auront pas les mêmes besoins que la majorité des infirmières travaillant dans ces services. Enfin, l'échantillonnage par convenance a été utilisé afin de choisir des infirmières disponibles, facilement accessibles et qui répondent aux critères d'inclusion précisée. Cette dernière a pour but de faciliter la collecte des données et minimiser le risque de confrontation entre les participantes. Dans cette étude, quatre groupes (8 participantes par groupe) ont été nécessaires selon les données recueillies afin d'atteindre la saturation du contenu (dès qu'il n'y a rien à apprendre de plus d'un groupe à l'autre). La durée des rencontres était d'une heure à une heure trente minutes. Le nombre de groupes nécessaires est certainement lié à une compréhension en profondeur des besoins en formation des infirmières plutôt qu'à celle d'une représentativité statistique (Morgan et Krueger, 1998). L'aide des gestionnaires des unités de médecine et de chirurgie, de la directrice des soins et des infirmières de l'unité de formation continue de l'hôpital était nécessaire pour la planification de ces groupes de discussion. Les données ont été recueillies par la première auteure responsable de l'étude en janvier 2019 dans la salle des rencontres de l'hôpital libanais. L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'université d'études de la première auteure. La participation était volontaire et un formulaire de consentement a été rempli.

Méthode d'analyse des données

L'analyse des données qualitatives a débuté à la fin de la collecte des données. D'abord, une lecture flottante du corpus a été effectuée puis une condensation, une codification des données et une identification thématique et catégorielle (lecture et relecture de la transcription des données afin de développer une vision globale du point de vue des participants, construction progressive d'un arbre thématique). Une lecture répétée des verbatim et des notes prises pendant et après l'entretien a été faite pour l'appropriation des données recueillies. Dans cette étude, la grille d'analyse a été préconstruite en s'inspirant des objectifs de la recherche et a comporté des catégories prédéterminées découlant des documents sources et de la recension des écrits. Une démarche déductive est justifiée, car une prédétermination des compétences en EHEPDH qui seront à la base de l'analyse des entrevues a précédé la lecture de la réalité. Les catégories ont donc concerné les besoins prioritaires de formation des infirmières en termes de connaissances et de compétences générales pour délivrer l'EHEPDH, ainsi que les modalités d'apprentissage préférées.

Résultats

Trente-deux infirmières ont participé à cette étude. Le Tableau 1 présente les données démographiques et descriptives sur ces infirmières. Les résultats sont présentés selon les questions ouvertes posées et qui concernaient la perception de leur rôle éducatif auprès des patients diabétiques, l'EHEPDH et les compétences qui y sont associées, les principaux besoins de formation et le type de formation leur permettant d'intégrer les compétences nécessaires pour une EHEPDH.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des infirmières participantes à l'étude

Caractéristiques sociodémographiques		Échantillon total (N = 32) n (%)
Sexe	Femme	23 (71,88 %)
	Homme	9 (28,13 %)
Niveau de scolarité	Licence	25 (78,12 %)
	Maitrise	4 (12,50 %)
	Diplôme d'études approfondies	3 (9,38 %)
Années d'expérience	1 à 2 ans	1 (3,12 %)
	2 à 5 ans	22 (68,75 %)
	6 à 10 ans	4 (12,50 %)
	>10 ans	5 (15,63 %)
Unité	Médecine	18 (56,25 %)
	Chirurgie	14 (43,75 %)
Nombre de patients diabétiques pour une infirmière par semaine	0	0 (0 %)
	1 à 2	1 (3,13 %)
	2 à 5	22 (68,75 %)
	6 à 10	4 (12,50 %)
	>10	5 (15,63 %)
La participation à des formations en cours d'emploi ou à des formations continues, dans lesquelles le diabète était au centre des préoccupations	Aucune	10 (31,25 %)
	6 mois	5 (15,63 %)
	6 - 12 mois	6 (18,75 %)
	12 - 24 mois	4 (12,50 %)
	>24 mois	7 (21,88 %)
Obstacles à la gestion de la glycémie à l'hôpital	Manque de connaissances	26 (81,25 %)
	Cible glycémique incertaine	6 (18,75 %)
	Régime d'insuline inefficace	31 (96,87 %)
	Communication lors de la passation	2 (6,25 %)
	Méconnaissance des politiques de l'hôpital	2 (6,25 %)
	Manque de coordination entre la mesure de la glycémie, l'administration de l'insuline et les repas	30 (93,75 %)

- La perception des infirmières de leur rôle éducatif

Toutes les infirmières participantes ont considéré leur rôle en éducation des patients diabétiques comme essentiel. En revanche, des obstacles personnels et organisationnels ont été dégagés. Ainsi, le manque de temps, de connaissances, ainsi que le manque d'appui de la part des gestionnaires ont été mis en cause dans la pratique inefficace de l'EHEPDH. Des exemples de verbatim sont présentés dans le Tableau 2.

Tableau 2 :*Verbatim concernant la perception des infirmières de leur rôle éducatif***Verbatim**

Perception du rôle éducatif auprès des patients diabétiques	
	<ul style="list-style-type: none"> • « Par manque de temps, je ne faisais que transmettre de l'information aux patients diabétiques avant leur sortie, malgré que je sache bien l'intérêt d'une bonne éducation thérapeutique faite par l'infirmière afin de responsabiliser le patient » (INF13). • « Même si je trouve du temps pour informer mon patient sur son diabète, je sais bien que c'est mon rôle, mais il me manque beaucoup de connaissances en pharmacologie. Si un patient me pose des questions concernant sa médication ou sur les valeurs de la glycémie, j'ai toujours de la misère à répondre. Chaque endocrinologue précise des valeurs différentes, peut-être un peu différentes, mais ceci peut confondre le patient et l'infirmière » (INF5). • « L'infirmière joue un rôle primordial et essentiel pour outiller le patient afin qu'il puisse faire face à la réalité du diabète et qu'il parvienne à une gestion optimale de sa maladie. Mais comment éduquer un patient si la gestionnaire ne comprend pas qu'il faut prendre en charge moins de patients pour avoir plus de temps pour s'occuper des patients ayant une maladie chronique ? » (INF1). • « L'infirmier doit connaître tout ce qui est en lien avec le diabète pour encourager le patient à l'autogestion » (INF5). • « On a besoin de connaître les nouvelles lignes directrices concernant l'éducation du patient diabétique hospitalisé et aussi, on ne doit pas oublier que l'endocrinologue n'a pas de temps pour l'éduquer et il n'y a pas de place où le patient peut aller pour une éducation thérapeutique » (INF23).

- L'EHEPDH, les compétences et les besoins de formation

Une liste des thèmes jugés importants à considérer dans l'analyse a été établie avant de commencer le traitement du matériel recueilli. Ainsi, les réponses ont été analysées selon des catégories ou regroupements des thèmes prédéterminés et qui sont en lien avec l'EHEPDH. Ces thèmes sont tout d'abord les habiletés essentielles à éduquer aux patients diabétiques hospitalisés : la médication, la surveillance de la glycémie, la reconnaissance de l'hypoglycémie et de l'hyperglycémie et la planification des repas de base. De plus, un ajout de deux catégories, la physiopathologie du diabète et les compétences d'enseignement et d'apprentissage ont semblé nécessaires afin de répondre au but de cette analyse des besoins basée sur les documents ressources (référentiels de compétences des éducatrices en diabète et standards internationaux d'éducation des professionnels de santé sur le diabète). Deux axes thématiques se regroupant dans les catégories ont été nécessaires pour identifier la signification et le besoin de formation pour chacune de ces habiletés. Une analyse de contenu d'entretiens a permis de présenter une image plus claire des expressions utilisées par les infirmières participantes afin d'obtenir un enrichissement ou un nuancement des résultats d'analyse des besoins de formation sur l'EHEPDH. Les résultats sont structurés sous forme d'arborescence dans la Figure 1. Le Tableau 3 présente des exemples de verbatim qui correspondent à l'EHEPDH en général et qui ne sont pas spécifiques aux thèmes choisis dans le guide d'analyse. Le Tableau 4 présente des exemples de quelques verbatim en lien avec les thèmes qui les représentent. Les données coïncident bien avec ces thèmes qui sont plus proches d'un « thème pratique » lié à l'EHEPDH. D'après l'arborescence à la Figure 1, on peut dégager une liste des besoins de formation des infirmières qui doivent être à la base du développement des objectifs spécifiques des modules de formation. Des codes (Besoin I, II, III,

IV, V, et VI) liés à ces besoins sont identifiés afin de s'assurer que la formation à développer répond à ces besoins.

Tableau 2

Exemple des verbatim correspondant à l'éducation des habiletés essentielles aux patients diabétiques hospitalisés en général

	Verbatim
Éducation des habiletés essentielles aux patients diabétiques hospitalisés	<ul style="list-style-type: none"> • « Il s'agit d'informer le patient sur l'importance d'être capable de contrôler et de comprendre ce qu'est le diabète » (INF1). • « Il s'agit de fournir des lignes directrices correctes et accessibles pour l'autosoins » (INF6) • « C'est sensibiliser le patient à la maladie, aux formes de prévention et à la maîtrise de soi, évitant ainsi d'éventuelles complications » (INF28) • « Cela signifie informer le patient de la pathologie et de ses complications (...) ce qui est fondamental pour la qualité de vie de la personne atteinte, en minimisant ses complications » (INF10) • « Les infirmières en formation de base ont très peu de connaissances sur l'EHEPDH (...), nous devons souvent recourir à d'autres formations et informations pour nous sentir en sécurité pour travailler avec les patients diabétiques » (INF16) • « On a toujours besoin de formation, de se recycler, de connaître les nouveautés en diabète et les nouvelles lignes directrices concernant l'éducation du patient diabétique à l'hôpital (...) » (INF11)

Tableau 3

Exemples de verbatim en lien avec les thèmes de l'analyse

Thèmes	Verbatim
Médication	<ul style="list-style-type: none"> • « On a de la misère à comprendre pourquoi l'ordonnance médicale comprend plusieurs agents antidiabétiques » (INF14). • « (...) lesquels des médicaments oraux peuvent causer une hypoglycémie » (INF18). • « (...) difficulté liée à l'administration des médicaments à temps selon prescription surtout en service de chirurgie avec des patients laissés NPO, on se demande toujours faut-il ou pas donner le médicament au patient le jour de son opération » (INF4). • « Utilisation des bouteilles d'insuline propre aux patients et dont le nom générique est différent de celui qu'on a dans nos frigos à l'hôpital » (INF22). • « Il existe diverses pompes et stylos pour l'injection d'insuline, et les principes de la gestion du glucose avec ces deux types d'appareils sont parfois inconnus » (INF2). • « (...) et la pharmacodynamique de l'insuline afin de prendre des décisions en cas d'hypo/hyperglycémie » (INF10).
Surveillance de la glycémie	<ul style="list-style-type: none"> • « Le patient peut faire lui-même son hémogluco-test, mais il te demande d'analyser le chiffre » (INF16). • « (...) et les valeurs glycémiques en cas de maladie aiguë ou en cas de chirurgie » (INF25).
Hypoglycémie/ Hyperglycémie	<ul style="list-style-type: none"> • « Il faut lui informer comment prévenir et traiter une hypoglycémie » (INF9).

- « Et les patients transférés de l'urgence pour une acidocétose diabétique et un traitement à base des électrodes et on ne comprend pas comment les surveiller » (INF14).
- Repas de base**
- « Il nous manque beaucoup de connaissances sur les teneurs en glucides et en carbohydrate des aliments » (INF7).
 - « (...) et les habitudes alimentaires saines » (INF29).
 - « On n'a jamais appris sur les principes de comptage des glucides et de contrôle des portions (...) parfois on appelle la diététicienne pour répondre à une question posée par la famille sur la diète » (INF5).
- Physiopathologie**
- « (...) Intérêt de savoir les complications du diabète » (INF3).
 - « Qu'est-ce que la maladie pour savoir éduquer comment vivre avec » (INF28).
 - J'appuie qu'on a de manques de connaissances sur tout ce qui est nouveau concernant le diabète » (INF13).
 - « Toutes les connaissances que nous avons eues doivent être mises à jour, quand tu vois la littérature, tout a changé » (INF19).
- Compétences d'enseignement et d'apprentissage**
- « Ne pas utiliser des mots techniques non compris par le patient » (INF24).
 - « Le faire voir (...) il y a des gens qui s'intéressent à voir en pratique ce qu'on est en train d'apprendre (...) » (INF1).
 - « Il faut planifier cette éducation dès l'admission du patient et selon ses besoins (...) il faut faire un *need assessment* » (INF21).
 - « Ne pas oublier d'impliquer la famille » (INF17).
 - « Il faut prendre en considération comment il apprend d'une manière meilleure, est-ce en utilisant des vidéos, est-ce par application manuelle » (INF9).
 - « Les infirmières sont chargées d'évaluer les besoins d'apprentissage des patients et de leurs familles afin d'aider les patients à sortir de l'hôpital en sécurité » (INF15).
 - « C'est l'interrogatoire qui nous permet de voir quoi éduquer au patient » (INF8).

▪ Le type de formation

Pour le type de la formation, il est apparu que les participantes rencontrées accordent de la valeur au fait de participer à une formation interactive. Elles ont souhaité des stratégies éducatives variées telles que l'exposé interactif, les vignettes cliniques et les exercices en mentionnant qu'elles s'intéressent non seulement aux connaissances en lien avec l'EHEPDH, mais aussi à la pratique de cette éducation. Le Tableau 5 présente des exemples de quelques verbatim en lien avec le type de formation souhaitée.

Des objectifs d'apprentissage généraux et spécifiques ont été rédigés en lien direct avec l'évaluation des besoins qui a été faite. Ils sont présentés en partant d'objectifs relevant d'habiletés cognitives plus simples (connaissance et compréhension) vers des habiletés et compétences cognitives plus complexes (synthèse et évaluation). Dans cet article, seuls les objectifs généraux de la formation sont présentés dans le Tableau 6. Les objectifs spécifiques seront présentés plus tard dans un article dédié à la conception de la formation.

Tableau 5*Exemples de verbatim en lien avec le type de formation*

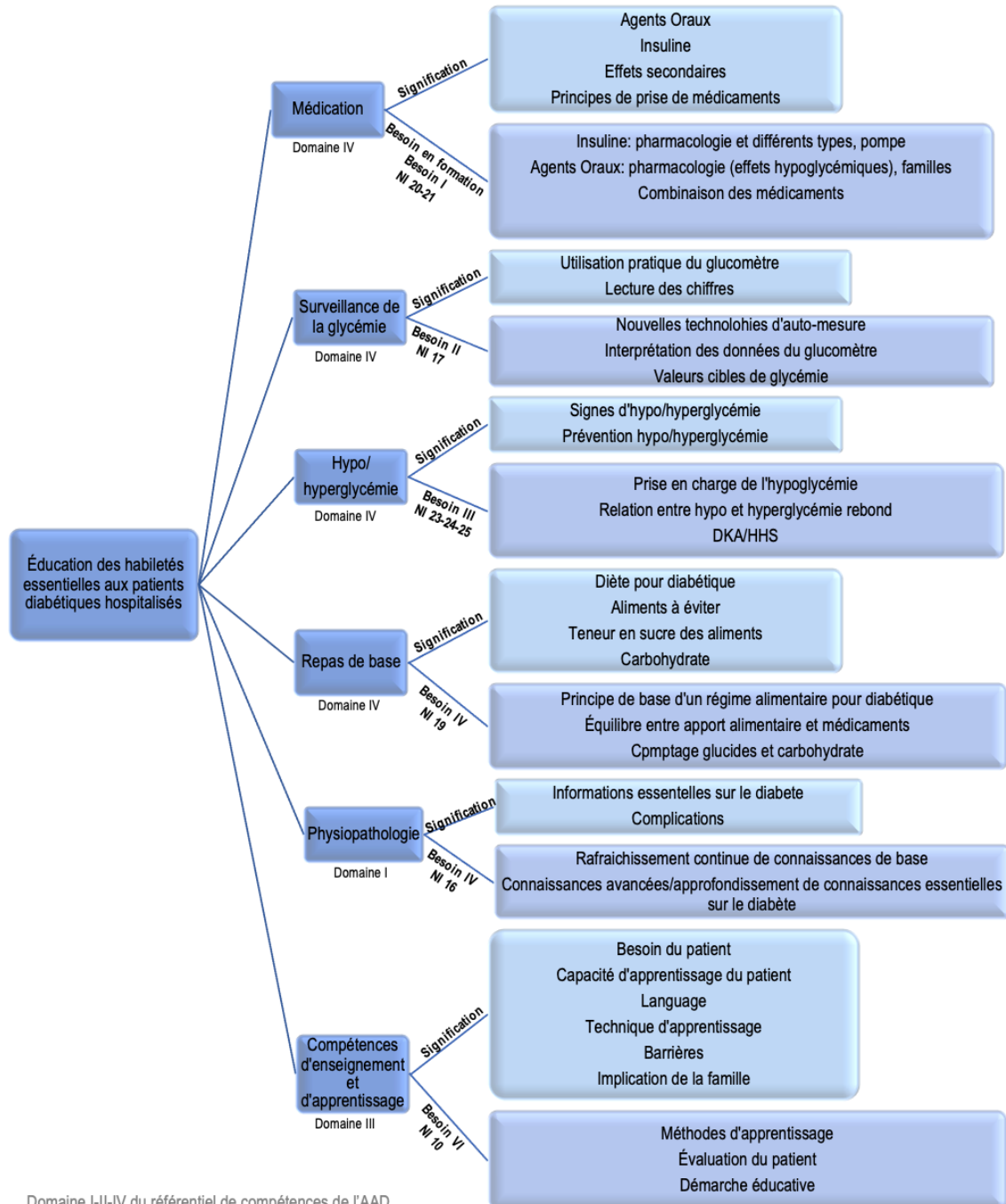
Verbatim	
Type de formation	<ul style="list-style-type: none"> • « On s'intéresse à une formation plus interactive qui est de mon avis plus efficace que les présentations magistrales et les PowerPoint » (INF30). • « Pour le développement de nos habiletés cliniques à l'EHEPDH, pourquoi pas pratiquer auprès des patients réels en présence de toi ou de quelqu'un expert » (INF7). • « (...) Acquisition des connaissances cliniques à partir de situations représentatives de notre réalité clinique et des exercices » (INF26). • « (...) pourquoi pas des vidéos pédagogiques structurées à regarder de chez nous » (INF19). • « Une courte formation centrée sur les compétences à développer sera beaucoup plus appréciée » (INF22). • « Il faut seulement valider nos connaissances sur le diabète, car on vient tous du milieu universitaire et ça ne nous intéresse pas de suivre un cours sur le diabète lors d'une formation (...) et utiliser des challenges d'équipe, games n'importe quoi qui nous motive pour apprendre sur l'EHEPDH » (INF28).

Tableau 6*Objectifs généraux de la formation selon la taxonomie de Bloom*

Taxonomie de Bloom	Objectifs généraux de la formation
Connaissance	<p>À la fin de la formation, les infirmières apprenantes seront en mesure de reconnaître les connaissances générales sur le diabète et sa gestion.</p> <p>À la fin de la formation, les infirmières apprenantes seront en mesure de connaître les habiletés essentielles à éduquer aux patients diabétiques hospitalisés avant la sortie de l'hôpital.</p>
Compréhension	À la fin de la formation, les infirmières apprenantes seront en mesure de comprendre les principes de base pour une éducation des habiletés essentielles aux patients diabétiques hospitalisés.
Application	À la fin de la formation, les infirmières apprenantes seront en mesure de pratiquer l'EHEPDH.
Analyse	À la fin de la formation, les infirmières apprenantes seront en mesure de modéliser une EHEPDH
Synthèse	À la fin de la formation, les infirmières apprenantes seront en mesure de synthétiser tout ce qui est en lien avec une EHEPDH.
Évaluation	À la fin de la formation, les infirmières apprenantes seront en mesure d'évaluer l'EHEPDH.

Figure 1

Arborescence de l'analyse des besoins de formation



Domaine I-II-IV du référentiel de compétences de l'AAD
Norme internationale de la FID [NI] : 10-16-17-19-20-21-23-24-25

Discussion

D'après la littérature, il est important de mettre en avant la formation continue sur le diabète de tous les professionnels de la santé, dont les infirmières hospitalières. L'analyse des besoins de formation fait partie intégrante des différentes phases d'élaboration d'un plan de formation. De plus, c'est un élément important pour le développement professionnel continu qui est essentiel, dans le domaine des soins infirmiers modernes. L'institut national de santé publique du Québec considère que les analyses des besoins de formation assurent la pertinence des activités de formation pour les professionnels, concernés par la nécessité d'accroître la qualité et l'efficacité du travail (Labesse et Farley, 2008). Selon Knowles (1990), l'analyse des besoins constitue les assises et les fondements à partir desquels, sera développé tout programme ou activité de formation.

L'analyse des besoins de formation sur l'EHEPDH des infirmières des unités de médecine et de chirurgie a permis d'identifier des besoins spécifiquement liés à l'EHEPDH. En effet, plusieurs études ont montré le manque de connaissances des infirmières sur le diabète ; ils ont conclu leurs besoins de formation et ils ont recommandé le développement d'une formation répondant à ces besoins (Abdulhadi et al., 2013 ; Alotaibi et al., 2016, 2017 ; Modic et al., 2014 ; Oyetunde et Famakinwa, 2014). Les besoins exprimés par les participantes à notre étude rejoignent ceux d'une étude qui a identifié les besoins des infirmières en matière de formation postuniversitaire, afin de développer un programme d'éducation de base sur les soins aux patients diabétiques dans un hôpital universitaire en Turquie (Uğur et al., 2015). Les infirmières ont considéré que les problèmes les plus fréquents rencontrés, dans la gestion du diabète, sont dans les domaines de la médication et de la gestion des urgences diabétiques. Plus spécifiquement, le besoin d'une formation efficace en matière d'éducation sur l'autogestion aux patients atteints de diabète, a été mentionné par différents auteurs (Aguirre Seretet al., 2015 ; Holt et al., 2013 ; Pétré et al., 2016). Aussi, des organisations mondiales et diverses associations nationales du diabète ont publié des recommandations concernant la nécessité d'analyse des besoins de formation sur le diabète des infirmières travaillant dans différents milieux de soins (AADE, 2014 ; ADA, 2020 ; Diabète Canada, 2018 ; Diabetes U.K, 2018 ; IDF, 2015 ; OMS, 1998).

En outre, d'après cette étude d'analyse des besoins de formation, les infirmières participantes ont considéré leur rôle en éducation des patients diabétiques, extrêmement essentiel. Mais, elles ont mentionné le besoin de formation spéciale pour la gestion et l'éducation du diabète comme un point de départ pour appliquer ce rôle. Ceci rejoint les résultats de plusieurs études s'intéressant au rôle de l'infirmière en gestion du diabète (Alshammari et al., 2019 ; Ross et al., 2019). En effet, durant leur formation initiale, les infirmières libanaises ne reçoivent ni les connaissances suffisantes, ni ne développent les compétences requises concernant l'éducation des personnes souffrant d'une maladie chronique comme le diabète. En outre, il faut prendre en considération le manque des infirmières spécialisées en diabète dans le contexte libanais, et la nécessité des infirmières non spécialisées, d'acquérir les connaissances et de développer les compétences nécessaires, afin de bien prendre en charge un patient diabétique. En effet, le manque de connaissances et de compétences sur le diabète des infirmières est considéré comme une barrière personnelle à une bonne gestion de cette maladie chronique (Livne et al., 2017 ; Martin et Archuleta, 2016 ; Nam et al., 2011). De plus, les infirmières de notre étude ont déclaré que la lourde charge de travail, le temps inadéquat, le manque d'appui de la part des gestionnaires et le manque de moyens éducatifs étaient les principaux obstacles à l'éducation des patients. Ceci rejoint parfaitement les résultats d'autres études s'intéressant aux barrières ou facteurs

organisationnels influençant la pratique de l'éducation des patients, dont le manque de formation continue sur le diabète, qui ont été perçus par les infirmières (Holt et al., 2013 ; Nwankwo et al., 2015 ; Uğur et al., 2015).

Forces, limites et implications

La présente étude comporte plusieurs forces, particulièrement la prise en compte des besoins de formation en EHEPDH et des préférences des infirmières qui influencent la participation à une formation, l'utilisation des documents sources pour le développement de la formation. L'identification des besoins de formation par les infirmières participantes a permis de concevoir une activité d'apprentissage fondée sur leurs besoins, ainsi que les besoins normatifs dans le domaine du diabète. Les documents sources à la base de toutes les étapes de développement de la formation sont considérés comme un point fort. D'une part, l'utilisation du référentiel de compétences des infirmières en éducation sur l'autogestion du diabète de l'ADA (2014) a donné une précision des compétences à développer ainsi que des niveaux d'atteinte. Le référentiel a aussi été utilisé comme cadre d'analyse des besoins en formation ; il a été revu et les compétences choisies concernaient plus spécifiquement l'EHEPDH. D'autre part, le document des normes d'éducation des professionnels de la santé sur le diabète de l'IDF a fourni des conseils sur les informations essentielles que ces professionnels doivent connaître sur le diabète et sa gestion. Des normes du contenu liées à l'éducation sur l'autogestion des patients diabétiques ont été revues pour choisir celles qui s'appliquent à une formation sur l'EHEPDH. Quelques limites de la présente étude pilote demeurent. Tout d'abord, la provenance unique de l'échantillon d'un seul hôpital libanais ne permet pas la représentativité de l'ensemble des infirmières libanaises. En outre, la taille de l'échantillon était petite, mais adéquate, dans le contexte de cette étude puisqu'on ne visait pas l'obtention d'une puissance statistique suffisante.

Pratique : Les habiletés essentielles des patients diabétiques en matière d'autogestion sont une partie essentielle des soins du diabète et, avec l'éducation et le soutien du personnel infirmier, la maladie peut être gérée et les complications peuvent être prévenues (ADA, 2020). Les infirmières hospitalières, dans leur travail quotidien, ont la responsabilité d'une prise en charge globale d'un patient diabétique. Étant donné le contexte libanais actuel dans lequel les infirmières hospitalières sont plus confrontées à jouer leur rôle éducatif, cette formation peut représenter une intervention potentiellement efficace pour améliorer les connaissances et les compétences des infirmières en matière d'EHEPDH. Elle fournit des ressources aux infirmières afin d'accroître et de standardiser l'offre d'EHPDH dans ce milieu hospitalier.

Formation : Sur la base des résultats issus de cette étude, il est judicieux de reconnaître l'importance d'une intervention éducative destinée aux infirmières hospitalières prenant en charge des patients diabétiques sur l'amélioration de leur pratique d'EHEPDH. Ce constat pousse les auteurs à proposer des pistes futures qui pourraient améliorer la pratique infirmière en éducation des patients sur le diabète et sa gestion. Il serait aussi adéquat de joindre au cursus de formation initiale et continue des infirmières des contenus liés à l'éducation des habiletés essentielles aux patients diabétiques hospitalisés. Le prochain enjeu consiste à individualiser l'apprentissage en proposant des cheminements personnalisés en fonction des connaissances, des habiletés, des expériences et des intérêts, de chaque infirmière.

Recherche : En outre, il sera adéquat de traduire le concept de besoin en formation des infirmières sous forme d'indicateurs permettant la mesure et l'évaluation de l'EHEPDH. Les besoins d'apprentissage seront dégagés selon l'écart qui existe entre la situation désirée, qui

correspond aux compétences idéales nécessaires pour la pratique de l'EHEPDH par les infirmières et la situation actuelle, qui correspond aux compétences réelles des infirmières. Pour y parvenir, le développement d'un questionnaire pour une mise en priorité des besoins extraits d'une banque de compétences en EHEPDH serait approprié.

Conclusion

Réalisée au moyen d'un devis qualitatif auprès d'infirmières œuvrant en centre hospitalier, cette recherche est l'une des rares études analysant les besoins de formation des infirmières en EHEPDH. Mettant l'accent sur les compétences en éducation sur l'autogestion des patients diabétiques, cette étude offre, en dépit des besoins dégagés, une précision des objectifs d'une formation. Les infirmières choisissent ainsi les aspects d'une formation améliorant leur pratique en fonction de leurs besoins. Pour finir, il paraît important de préciser que les résultats de cette présente étude seront utilisés à bon escient, puisque nous nous engageons à poursuivre la réflexion et à favoriser le développement et la mise à l'essai, d'une formation continue en EHEPDH, au sein d'un hôpital libanais. Cette formation viserait dans un premier temps les infirmières de cet hôpital, mais pourrait par la suite être généralisée à toutes les infirmières hospitalières qui prennent en charge un patient diabétique.

Références

- Abdulahadi, N. M. N., Al-Shafae, M. A., Wahlström, R., et Hjelm, K. (2013). Doctors' and nurses' views on patient care for type 2 diabetes: an interview study in primary health care in Oman. *Primary health care research & development*, 14(3), 258–269. <https://doi.org/10.1017/s146342361200062x>
- Adelson, R., Manolakas, D., et Moore, D. (1985). Assessing educational needs. Dans R. Adelson, F. S. Watkins, et R. M. Caplan (dir.), *Continuing Education for The Health Professional: Educational and Administrative Methods* (pp. 15–28). Aspen Publishers.
- Aguirre Seret, F. M., Dunning, T., Belton, A., et McLaughlin, S. (2015). Preparing health professionals to work in diabetes education and care: a situation analysis. *International Journal of Health Promotion and Education*, 53(1), 28–41. <https://doi.org/10.1080/14635240.2014.932671>
- Aliakbari, F., Parvin, N., Heidari, M., et Haghani, F. (2015). Learning theories application in nursing education. *Journal of Education and Health Promotion*, 4.
- Alotaibi, A., Al-Ganmi, A., Gholizadeh, L., et Perry, L. (2016). Diabetes knowledge of nurses in different countries: An integrative review. *Nurse Education Today*, 39, 32–49. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.017>
- Alotaibi, A., Al-Ganmi, A., Gholizadeh, L., et Perry, L. (2017). Examining perceived and actual diabetes knowledge among nurses working in a tertiary hospital. *Applied Nursing Research*, 35, 24–29. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.02.014>
- Alshammari, M., Adams, G., Windle, R., et Bowskill, D. (2019). The role of nurses in diabetes care in Kuwait: A review. *Journal of Diabetes and Metabolism*, 10, 831. <https://doi.org/10.35248/2155-6156.19.10.821>
- American Association of Diabetes Educators. (2014). *Competencies for Diabetes Educators: A Companion Document to the Diabetes Educator Practice Levels*.
- American Diabetes Association. (2014). Standards of medical care in diabetes — 2014. *Diabetes Care*, 37(Supplement 1), S14–S80. <https://doi.org/10.2337/dc14-s014>
- American Diabetes Association. (2020). Standards of Medical Care in Diabetes — 2020. *Diabetes Care*, 43, S1–S224. <https://doi.org/10.2337/dc20-sint>
- Azar, S., Malha, L., Zantout, M., Naja, M., Younes, F., et Sawaya, M. T. (2013). Management and control of patients with type 2 diabetes mellitus in Lebanon, Results from the International Diabetes Management Practices Study (IDMPS). *Lebanese Medical Journal*, 61(3), 127–131. <https://doi.org/10.12816/0001439>
- Badr, L., Rizk, U., et Farha, R. (2010). The divergent opinions of nurses, nurse managers and nurse directors: the case in Lebanon. *Journal of Nursing Management*, 18(2), 182–193. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01052.x>
- Barbier, J. M., et Lesne, M. (1986). *L'analyse des besoins en formation* (2ème édition). R. Jauze.
- Beck, J., Greenwood, D. A., Blanton, L., Bollinger, S., Butcher, M., Condon, J. E., Cypress, M., Faulkner, P., Hess Fischl, A., Francis, T., Kolb, L. E., Lavin-Tompkins, J. M., MacLeod, J., Maryniuk, M., Mensing, C., Orzeck, E. A., Pope, D. D., Pulizzi, J. D., Reed, A. A., ...

- Wang, J. (2017). *2017 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support*.
https://professional.diabetes.org/sites/professional.diabetes.org/files/media/2017_national_standards_for_dsmes_public_comment.pdf
- Black, R. L., et Duval, C. (2019). Diabetes discharge planning and transitions of care: a focused review. *Current Diabetes Reviews*, 15(2), 111–117.
- Bloom, B. S. (1975). *Taxonomie des objectifs pédagogiques*. Presse de l'Université du Québec.
- Boutin, G. (2007). *L'entretien de groupe en recherche et formation*. Éditions nouvelles.
- Diabète Canada. (2018). Lignes directrices de pratique clinique.
<https://guidelines.diabetes.ca/ressourcesfrancaises>
- Diabetes, U. K. (2018). *Making hospitals safe for people with diabetes*.
https://www.diabetes.org.uk/resources-s3/2018-10/Making%20Hospitals%20safe%20for%20people%20with%20diabetes_FINAL.pdf
- Dungan, K. M. (2012). The effect of diabetes on hospital readmissions. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 6(5), 1045–1052. <https://doi.org/10.1177/193229681200600508>
- El-Jardali, F. (2019, décembre). *La santé doit enfin devenir une priorité politique au Liban*.
<https://www.lorientlejour.com/article/1198569/la-sante-doit-enfin-devenir-une-priorite-politique.html>
- El-Khoury, M. (2015). *L'infirmière libanaise et le sens au travail en milieu hospitalier*. (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal, Canada).
https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/11950/El-Khoury_Maha_2015_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Fraze, T., Jiang, H. J., et Burgess, J. (2006). Hospital stays for patients with diabetes, 2008: Statistical Brief# 93. Dans A. Pfunter, L. M. Wier, et C. Stocks (dir.), *Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs*. Agency for Healthcare Research and Quality.
- Gallagher, F. (2014). La recherche descriptive interprétative : descriptions des besoins psychosociaux des femmes à la suite d'un résultat anormal à la mammographie de dépistage du cancer du sein. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Presse de l'Université du Québec.
- Gerard, S. O., Griffin, M. Q., et Fitzpatrick, J. (2010). Advancing quality diabetes education through evidence and innovation. *Journal of Nursing Care Quality*, 25(2), 160–167.
- Hardee, S. G., Osborne, K. C., Njuguna, N., Allis, D., Brewington, D., Patil, S. P., Hofler, L., et Tanenberg, R. J. (2015). Interdisciplinary diabetes care: a new model for inpatient diabetes education. *Diabetes Spectrum*, 28(4), 276–282.
<https://doi.org/10.2337/diaspect.28.4.276>
- Healy, S. J., Black, D., Harris, C., Lorenz, A., et Dungan, K. M. (2013). Inpatient diabetes education is associated with less frequent hospital readmission among patients with poor glycemic control. *Diabetes Care*, 36(10), 2960–2967. <https://doi.org/10.2337/dc13-0108>

- Holt, R. I., Nicolucci, A., Kovacs Burns, K., Escalante, M., Forbes, A., Hermanns, N., Kalra, S., Massi-Benedetti, M., Mayorov, A., Menendez-Torre, E., Munro, N., Skovlund, S., E., Tarkun, I., Wens, J., et Peyrot, M. (2013). Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): Cross-national comparisons on barriers and resources for optimal care—healthcare professional perspective. *Diabetic Medicine*, 30(7), 789–798. <https://doi.org/10.1111/dme.12242>
- International Diabetes Federation. (2015). *International Standards for Education of Diabetes Health Professionals*. <https://www.idf.org/e-library/education/63-international-standards-for-education-of-diabetes-health-professionals>
- Khalid, J. M., Raluy-Callado, M., Curtis, B. H., Boye, K. S., Maguire, A., et Reaney, M. (2014). Rates and risk of hospitalisation among patients with type 2 diabetes: retrospective cohort study using the UK General Practice Research Database linked to English Hospital Episode Statistics. *International Journal of Clinical Practice*, 68(1), 40–48. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12265>
- Knowles, M. S. (1970). *The modern practice of adult education: Andragogy versus pedagogy*. Association Press.
- Knowles, M. S. (1980). The growth and development of adult education. Dans J. M. Peter (dir.), *Building an effective adult education enterprise* (pp. 12-40). Jossey-Bass.
- Knowles, M.S. (1984). *Andragogy in Action: Applying Modern Principles of Adult Learning*. Jossey-Bass.
- Knowles, M. S. (1990). *L'apprenant adulte : vers un nouvel art de la formation*. Editions d'Organisation.
- Knowles, M. S., Holton, I. E. F., et Swanson, R. A. (2014). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development* (8ème édition). Routledge Taylor & Francis Group.
- Krall, J. S., Donihi, A. C., Hatam, M., Koshinsky, J., et Siminerio, L. (2016). The nurse education and transition (NEAT) model: educating the hospitalized patient with diabetes. *Clinical Diabetes and Endocrinology*, 2(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s40842-016-0020-1>
- Krueger, R. A. (1994). *Focus groups: A practical guide for applied research* (2ème édition). Sage publications.
- Labesse, M. E., et Farley, C. (2008). *Cadre de référence sur l'analyse de besoins de formation : volet formation continue*. Recherche, formation et développement, Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/800_cadre_de_reference.pdf
- Lapointe, J. J. (1992). *La conduite d'une étude de besoins en éducation et en formation : une approche systémique*. Presses de l'Université du Québec.
- Lockhart, J. S. (2006). Creating an educational plan that meets the learning needs of nursing staff. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(2), 257–266. <https://doi.org/10.1188/06.cjon.257-266>

- Leichter, S. B. (1986). Diabetes patient education in hospital settings. *The Diabetes Educator*, 12(3), 277–280. <https://doi.org/10.1177/014572178601200306>
- Livne, Y., Peterfreund, I., et Sheps, J. (2017). Barriers to patient education and their relationship to nurses' perceptions of patient education climate. *Clinical Nursing Studies*, 5(4), 65. <https://doi.org/10.5430/cns.v5n4p65>
- London Diabetes Strategic Clinical Network. (2016). *Building the right workforce for diabetes care: a toolkit for healthcare professionals*. <http://www.londonscn.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/01/dia-toolkit-012016.pdf>
- Magee, M. F., Khan, N. H., Desale, S., et Nassar, C. M. (2014). Diabetes to go: knowledge-and competency-based hospital survival skills diabetes education program improves postdischarge medication adherence. *The Diabetes Educator*, 40(3), 344–350. <https://doi.org/10.1177/0145721714523684>
- Manchester, C. S. (2008). Diabetes education in the hospital: establishing professional competency. *Diabetes Spectrum*, 21(4), 268–271.
- Martin, D. L., et Archuleta, P. O. (2016). Teaching AADE7 to Bedside Nurses Using Theme-Based Workshops. *AADE in Practice*, 4(4), 32–37. <https://doi.org/10.1177/2325160316647721>
- McConnell, J. H. (2003). *How to identify your organization's training needs: A practical guide to needs analysis*. American Management Association.
- Modic, M. B., Vanderbilt, A., Siedlecki, S. L., Sauvey, R., Kaser, N., et Yager, C. (2014). Diabetes management unawareness: what do bedside nurses know? *Applied Nursing Research*, 27(3), 157–161. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2013.12.003>
- Moghissi, E. S., Korytkowski, M. T., DiNardo, M., Einhorn, D., Hellman, R., Hirsch, I. B., Inzucchi, S. E., Ismail-Beigi, F., Kirkman, M. S., et Umpierrez, G. E. (2009). American Association of Clinical Endocrinologists and American Diabetes Association consensus statement on inpatient glycemic control. *Diabetes Care*, 32(6), 1119–1131. <https://doi.org/10.2337/dc09-9029>
- Morgan, D., et Krueger, R. A. (1998). *The focus group guidebook* (Vol. 1). Sage Publications.
- Nam, S., Chesla, C., Stotts, N. A., Kroon, L., et Janson, S. L. (2011). Barriers to diabetes management: patient and provider factors. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 93(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2011.02.002>
- Nassar, C. M., Montero, A., et Magee, M. F. (2019). Inpatient diabetes education in the real world: an overview of guidelines and delivery models. *Current diabetes reports*, 19(10), 103.
- Nettles, A. T. (2005). Patient education in the hospital. *Diabetes Spectrum*, 18(1), 44–48.
- NHS Institute for Innovation and Improvement. (2008). *Delivering Quality and Value. Focus on: Inpatient care for people with diabetes*. http://www.bcs.com/documents/news/DVQ_S2_publicDiabetes_opt.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (1998). *Éducation thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des*

- maladies chroniques : recommandations d'un groupe de travail de l'O.M.S. Bureau régional de l'Europe.* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345371>
- Organisation mondiale de la santé. (2016). *Rapport Mondial sur le Diabète.* <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254648/1/9789242565256-fre.pdf?ua=1>
- Nwankwo, C. U., Ezenwaka, C. E., Onuoha, P. C., et Agbakoba, N. R. (2015). Implementing diabetes self-management education (DSME) in a Nigerian population: perceptions of practice nurses and dieticians. *Archives of Physiology and Biochemistry*, 121(3), 123–127. <https://doi.org/10.3109/13813455.2015.1031140>
- Oyetunde, M. O., et Famakinwa, T. T. (2014). Nurses' knowledge of contents of diabetes patient education in Ondo–state, Nigeria. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(4), 91. <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n4p91>
- Pétre, B., Ketterer, F., Vanmeerbeek, M., Scheen, A., Lair, M. L., Ziegler, O., Bohme, P., et Guillaume, M. (2016). Étude transfrontalière des besoins de formation en éducation thérapeutique du patient pour la prise en charge du diabète de type 2 et de l'obésité : enquête par groupes nominaux auprès des professionnels de santé. *La Presse Médicale*, 45(10), e351–e361. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.02.026>
- Ross, J., Stevenson, F. A., Dack, C., Pal, K., May, C. R., Michie, S., Yardley, L., et Murray, E. (2019). Health care professionals' views towards self-management and self-management education for people with type 2 diabetes. *BMJ Open*, 9(7), e029961. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029961>
- Rubin, D. J. (2015). Hospital readmission of patients with diabetes. *Current Diabetes Reports*, 15(4), 17.
- Schneider, A. L., Kalyani, R. R., Golden, S., Stearns, S. C., Wruck, L., Yeh, H. C., Coresh, J., et Selvin, E. (2016). Diabetes and prediabetes and risk of hospitalization: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Diabetes Care*, 39(5), 772–779. <https://doi.org/10.2337/dc15-1335>
- Sherifali, D., Berard, L. D., Gucciardi, E., MacDonald, B., et MacNeill, G. (2018). Self-management education and support. *Canadian Journal of Diabetes*, 42, S36–S41.
- Uğur, E., Demir, H., et Akbal, E. (2015). Postgraduate education needs of nurses' who are caregivers for patients with diabetes. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(3), 637. <https://doi.org/10.12669/pjms.313.6732>
- Wexler, D. J., Beauharnais, C. C., Regan, S., Nathan, D. M., Cagliero, E., et Larkin, M. E. (2012). Impact of inpatient diabetes management, education, and improved discharge transition on glycemic control 12 months after discharge. *Diabetes research and clinical practice*, 98(2), 249–256. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2012.09.016>
- Yacoub, M. I., Demeh, W. M., Darawad, M. W., Barr, J. L., Saleh, A. M., et Saleh, M. Y. (2014). An assessment of diabetes-related knowledge among registered nurses working in hospitals in Jordan. *International Nursing Review*, 61(2), 255–262. <https://doi.org/10.1111/inr.12090>
- Young, J. L. (2011). Educating staff nurses on diabetes: knowledge enhancement. *Medsurg Nursing*, 20(3), 143.