

Les enjeux de l'éducation thérapeutique du patient

Mots clés :
Éducation du patient
Éducation thérapeutique
Maladie chronique
Pédagogie

De nombreuses études ont montré que le succès ou l'échec du traitement sont intimement liés au patient, notamment en cas de maladie chronique¹. Le concept d'éducation thérapeutique du patient (ETP), apparu dans les années 1990¹, a été formalisé en 1996 par le bureau européen de l'OMSⁱⁿ². L'OMS suggérait le développement de réponses structurées plus réactives que la traditionnelle « prise en charge ». Il était ainsi admis qu'un patient conscient et informé de sa maladie et de son environnement (comportements liés à la maladie, soins au long cours, hospitalisations...) acquiert et maintient mieux les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa maladie. Cette vision très imprégnée de la notion de « partage » de la décision a des enjeux multiples.

Améliorer l'efficacité thérapeutique

Les 15 millions de Français atteints de maladies chroniques suivent souvent difficilement les prescriptions et conseils de leurs médecins ; ainsi, la moitié des patients atteints de diabète de type 2 ou de maladies cardiovasculaires suivent irrégulièrement leur traitement ; le quart des patients ayant subi une transplantation rénale sont inobservants, au point de risquer un rejet de la greffeⁱⁿ⁴. Plus de 500 études ont analysé l'efficacité de l'ETP dans une dizaine de maladies. Malgré leurs faiblesses méthodologiques, dont la principale est l'imprécision quant aux méthodes éducatives utilisées³, 60% montrent qu'elle améliore l'efficacité des soins¹.

Rendre le patient acteur de son traitement

Les échecs du traitement sont donc en grande partie la résultante de contradictions inévitables chez le patient entre son désir de « bien faire » et son rejet de l'« ascétisme hygiéniste »⁴. L'ETP a pour enjeu de surmonter ces contradictions en aidant le patient à acquérir des compétences d'auto-soin et d'adaptation, à devenir acteur de son traitement. Cela implique pour lui non seulement d'acquérir les connaissances nécessaires sur sa maladie, mais aussi de comprendre tout ce qui se passe dans la mise en œuvre du traitement, d'analyser toutes les difficultés rencontrées. Cela suppose pour l'intervenant une écoute de la personne malade dans toute sa complexité, physique, psychologique et sociale, et une analyse des pratiques de soins (relation, écoute, organisation du travail, aménagement des lieux, etc.) et des modalités d'information.

Que conclure pour notre pratique ?

L'ETP n'a de sens qu'intégrée aux soins : l'enjeu principal est celui de l'efficacité thérapeutique, à souligner dans les recommandations relatives aux différentes pathologies. L'augmentation régulière et importante du nombre de patients concernés par les maladies chroniques, mais aussi tous les comportements « à risque », en fait un enjeu primordial pour les soins primaires.

Pour le soignant, elle est le résultat naturel d'une manière d'être au quotidien. Elle s'appuie sur une évaluation partagée de la situation et sur des décisions concertées, à partir d'une approche globale de la personne, pas seulement de sa maladie ou même d'éventuels contenus d'apprentissage. Il s'agit d'abandonner définitivement le modèle biomédical pour intégrer en permanence dans la démarche décisionnelle le malade autant que la maladie, chaque médecin pouvant s'impliquer différemment selon les circonstances.

Insérer l'éducation dans le contexte de soins

La loi HPST de 2009 prévoit une ETP inscrite dans des projets régionaux pilotés par les Agences régionales de santé (ARS)⁶. La HAS a décrit une démarche en 4 étapes² : diagnostic éducatif, programme personnalisé, séances individuelles ou collectives, évaluation des compétences acquises. Il s'agit en fait de programmes collectifs structurés spécialisés, souvent réalisés, mais ne correspondant qu'à une minorité des besoins, compte tenu du nombre de patients pour lesquels l'ETP est indispensable. De plus, l'ETP n'a de sens que si elle est réellement individuelle, continue et intégrée aux soins, aux difficultés rencontrées au jour le jour par le patient, aux réponses que peuvent apporter les professionnels de premier recours (médecins généralistes, pharmaciens, infirmières libérales, etc.)⁷.

Enjeu financier...

Il existe peu d'études coût-efficacité sur l'efficacité de l'ETP. Elles sont anciennes, portent sur une ETP centrée sur l'information et la transmission des savoirs, pas sur l'objectif de rendre le patient réellement autonome⁵. Pourtant, il apparaît déjà des résultats économiques plus ou moins importants selon les pathologies en cause (par exemple économie à 15 mois de 492 € par patient dans une étude sur l'obésité⁵). Le manque de données fiables explique sans doute l'absence de financements pérennes et le côté dérogatoire et expérimental de l'existant^{5,7} : « *La France s'est dotée d'un arsenal juridique complet sur l'ETP. Il faut maintenant en développer le maillage régional et le financement* ».

Références

- 1- SFDRMG. Éducation thérapeutique du patient. Médecine. 2009;5(5):218-24.
- 2- HAS. Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. Juin 2007.
- 3- Lager G et al. Efficacité de l'éducation thérapeutique. Rev Med Suisse. 2009;5:688-90.
- 4- Sandrin-Berthon B. Éducation thérapeutique du patient : de quoi s'agit-il ? Adsp. 2009;66:10-5.
- 5- Peljak D. L'éducation thérapeutique du patient : la nécessité d'une approche globale, coordonnée et pérenne. Santé publique. 2011;23:123-34.
- 6- Jacquat D. Éducation thérapeutique du patient. Rapport au premier Ministre. Juin 2010.
- 7- HCSP. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Novembre 2009