

L'éducation thérapeutique du patient et le médecin généraliste

Mots clés :
Éducation du patient
Éducation thérapeutique
Maladie chronique
Pédagogie

Les données disponibles montrent que des programmes structurés d'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont efficaces en termes de résultats et de sécurité des soins dans l'asthme et le diabète de type 1¹. Il est plus difficile d'évaluer les compétences d'auto-soin et d'adaptation acquises par le patient. La loi HPST prévoit le cadre législatif et réglementaire de l'ETP « à la française ». Le HCSP définit la même année les conditions de sa nécessaire intégration aux soins de premier recours². Le rapport Jacquat souligne la nécessité d'accroître « l'offre ambulatoire de proximité »³. Une enquête de l'INPES auprès de plus de 2000 généralistes fait un l'état des lieux contrasté⁴.

L'ETP, une activité qui va de soi ?

Selon l'enquête INPES⁴, 1 médecin sur 2 (dont 6 sur 10 membres d'un réseau) aurait suivi durant les 12 mois précédents une formation à l'ETP (<2 jours 8 fois/10) concernant l'asthme ou le diabète (45%) ou un déterminant de santé tel que tabac ou alcool (17%). Avoir suivi une formation augmente le sentiment de meilleure prise en charge des patients et de satisfaction de la pratique professionnelle (84% vs 74%, $p < 0,001$). Ceux qui ne souhaitent pas se former ne voient pas clairement ce qu'est l'ETP, souvent persuadés que les compétences en éducation s'acquièrent par la pratique, c'est-à-dire par essai/erreur, ou relèvent de dispositions naturelles.

D'autres données^{2,4} montrent que les activités réelles d'ETP sont quasi inexistantes. Le modèle prédominant reste l'information/explication, intriquant biomédical et humanisme. Le manque de temps reste l'obstacle le plus souvent signalé, puis la passivité des patients, les insuffisances de la formation initiale et continue, et loin derrière l'aspect financier. « C'est du côté des organisations des pratiques qu'il y aurait lieu de réfléchir pour permettre aux médecins de s'investir réellement dans les actes d'éducation et de formation [ainsi que sur] les nombreuses contraintes (administratives, comptables, etc.) qui pèsent sur les médecins et rendent difficile, voire impossible ce à quoi ils aspirent »⁴.

Quelles sont les compétences nécessaires ?

La HAS¹ en propose une liste (non exhaustive) : *relationnelles* (écoute active, soutien de la motivation du patient...), *pédagogiques* et *d'animation* (pour faciliter

l'acquisition de compétences d'auto soins et d'adaptation), *méthodologiques et organisationnelles* (programmes individuels d'ETP, coordination des actions entre professionnels), *biomédicales et de soins*. Cette approche, adaptée aux programmes collectifs structurés spécialisés, l'est moins à ce que serait une ETP de premier recours, fondée sur une approche centrée sur le patient (*Bibliomed 640*). Le HCSP² insiste sur la participation des médecins généralistes à l'ETP, facteur clé de réussite quand elle est réelle, facteur limitant et objectif à atteindre quand elle est insuffisante. Différents niveaux sont possibles selon les patients, les pathologies, les ressources locales ou la disponibilité du moment. Il s'agit surtout d'adopter une « posture éducative » (admettre qu'une collaboration entre soignant et patient est indispensable, solliciter le plus souvent possible l'expertise du patient, lui faire confiance) et mettre en place une *démarche éducative personnalisée* (temps d'évaluation et d'échanges).

Que dit la loi HCSP ?

Son article 84 prévoit le développement de l'ETP sous forme de programmes. Les professionnels qui s'y engagent doivent avoir eu une formation minimale de 40 heures. Le rapport Jacquat³, dans cette logique, propose de renforcer l'offre ambulatoire notamment dans le cadre des maisons et pôles de santé, insistant sur la nécessité d'une meilleure coordination ville-hôpital. La question du financement (250 à 300 € par patient) reste en débat, bien qu'il soit montré que l'ETP réduit les coûts des maladies chroniques.

Que conclure pour notre pratique ?

L'ETP n'est pas encore partie intégrante du soin : elle existe pourtant de façon inégale, plus ou moins formalisée et structurée. Limiter la réflexion aux « programmes » ou « structures » oublierait l'enjeu principal, celui de l'efficacité thérapeutique⁵. Pour un soignant, pratiquer l'ETP, c'est faire en sorte de favoriser l'implication du patient dans les décisions et les actions relatives à sa santé.

L'objectif est que chaque patient puisse en bénéficier. Cela suppose une triple démarche : aménager un environnement favorable, mettre en œuvre une action personnalisée auprès du patient, y associer les autres acteurs nécessaires⁵. Les différents organismes de formation continue doivent y contribuer, notamment en faisant valider l'ETP au cours des formations qu'ils délivrent. Le plus difficile est sans doute de formaliser... sans dénaturer par les différents protocoles et planifications si rassurants et rationnels, mais parfois si stérilisants. « L'avènement de l'ETP constitue une opportunité pour redonner à la médecine sa dimension « artistique » : il serait dommage de ne pas la saisir »⁵.

Références

- 1- HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Juin 2007.
- 2- HCSP. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Novembre 2009
- 3- Jacquat D. Education thérapeutique du patient. Rapport au premier Ministre. Juin 2010.
- 4- Foucaud J et al. La formation continue des médecins en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient. In INPES. Baromètre santé médecins généralistes 2009.
- 5- Sandrin-Berthon B. Education thérapeutique du patient : de quoi s'agit-il ? ADSP. 2009;66:10-5.6