

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

N°

THESE

POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Diplôme d'Etudes Spécialisées
Médecine Générale**

Nathalie DUFFAU

Née le 31 juillet 1984 à Cherbourg

Présentée et soutenue publiquement le 20 juin 2011

**L'EDUCATION THERAPEUTIQUE EN CONSULTATION
DE MEDECINE GENERALE**

**Analyse des pratiques de 12 médecins généralistes
impliqués en éducation thérapeutique**

Président du jury	Monsieur le Professeur Pierre LOMBRAIL
Directeur de thèse	Monsieur le Docteur Patrick LE VAILLANT
Membres du jury	Monsieur le Professeur Rémy SENAND Monsieur le Professeur Jean-François STALDER Monsieur le Docteur Patrick LAMOUR

Sommaire

Abréviations utilisées	10
Introduction	11
Généralités	13
1. L'éducation thérapeutique	13
1.1. Lien entre l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique	13
1.1.1. L'éducation pour la santé du patient	13
1.1.2. L'éducation du patient à la maladie	13
1.1.3. L'éducation thérapeutique du patient	14
1.2. Les finalités de l'éducation thérapeutique du patient	15
1.2.1. L'autonomie...	15
1.2.2. ...par l'acquisition de compétences	15
1.3. Les particularités de la maladie chronique	16
1.3.1. L'acceptation de la maladie	16
1.3.2. Les conceptions liées à la maladie chronique et son traitement	17
1.3.3. Le modèle des croyances de santé	17
1.3.4. Le « locus of control »	17
1.3.5. La motivation	18
1.4. L'éducation thérapeutique dans les textes officiels	19
1.5. Les éléments constitutifs de l'éducation thérapeutique	20
1.5.1. Le diagnostic éducatif	20
1.5.2. Le programme d'éducation thérapeutique	21
1.5.3. Les séances d'éducation thérapeutique	22
1.5.4. L'évaluation de l'éducation thérapeutique	22
2. La médecine générale	23
Matériel et méthode	24
1. Population étudiée	24
1.1. Critères d'inclusion et d'exclusion	24
1.2. Méthode de recrutement des participants	24
2. Méthode de recueil des données	25
Résultats	26
1. Résultats généraux sur l'étude	26
2. Analyse transversale des entretiens	27

2.1. La représentation	27
2.1.1. Accompagnement et autonomie	27
2.1.2. Projet du patient	27
2.1.3. Une relation patient-médecin plus équilibrée	28
2.1.4. Une prise en charge plus globale	28
2.2. Les patients et pathologies concernés par l'éducation thérapeutique individuelle dans leurs consultations	28
2.2.1. Les situations	28
2.2.2. Une approche pluri-pathologique	29
2.2.3. Mais concernant particulièrement quelques pathologies	29
2.2.4. A tous les stades de la maladie	29
2.3. Organisation pratique de l'éducation thérapeutique	30
2.3.1. Intégration dans les consultations	30
2.3.2. Des consultations dédiées	30
2.3.3. Attitude mixte	30
2.3.4. Au niveau de l'agenda	31
2.3.5. Les motifs de consultation	31
2.4. L'introduction de l'éducation thérapeutique dans la consultation	32
2.4.1. Demander l'accord	32
2.4.2. Explications	32
2.5. Le diagnostic éducatif	32
2.5.1. Un temps particulier dans la consultation, mais informel	32
2.5.2. Différentes façons de le faire, de façon plus formelle	33
2.5.2.1. En entier, en une fois	33
2.5.2.2. Morceler le recueil d'informations	33
2.5.2.3. Faire une synthèse annuelle	33
2.5.3. Trace écrite	34
2.5.4. Intérêt exprimé de cette étape dans la consultation	34
2.6. Les objectifs éducatifs	34
2.6.1. Des objectifs globalement négociés	34
2.6.2. Des objectifs toujours adaptés	35
2.6.2.1. A la personnalité du patient	35
2.6.2.2. Pas trop ambitieux	35
2.6.3. Des objectifs sélectionnés	35
2.6.4. La programmation des objectifs	35
2.6.5. La trace	36
2.7. La dimension éducative des consultations	36
2.7.1. L'intégration de l'éducation thérapeutique dans les consultations	36

2.7.2. L'attitude éducative	37
2.7.2.1. Une traduction physique	37
2.7.2.2. Construire sur les connaissances du patient	37
2.7.2.3. Interaction avec le patient	37
2.7.3. Les outils	38
2.7.3.1. Supports physiques	38
2.7.3.2. Supports oraux	38
2.7.3.3. Internet	39
2.7.4. Trace des consultations éducatives	39
2.7.5. Corrélation entre formation, pratique collective et interactivité avec le patient	39
2.8. L'évaluation de l'éducation réalisée	39
2.8.1. Principalement informelle et formative	39
2.8.2. Parfois basée sur l'observation, la reformulation et la validation de procédures acquises	40
2.8.3. Critères biomédicaux	40
2.8.4. Autoévaluation	41
2.8.5. Parfois formative, avec l'infirmière du réseau	41
2.9. La communication	41
2.9.1. Le temps d'expression du patient	41
2.9.2. Dès le début de la consultation	41
2.9.3. Les techniques d'entretien	42
2.10. La coordination avec l'éducation thérapeutique collective	42
2.10.1. Unanimement reconnue comme ressource	42
2.10.2. Mais différemment utilisée	42
2.10.3. Intérêt du collectif	43
2.10.4. Le collectif intriqué à l'individuel	43
2.11. Les difficultés	43
2.11.1. Liées à l'organisation des consultations	43
2.11.1.1. La durée des consultations	43
2.11.1.2. L'organisation au niveau de l'agenda	44
2.11.1.3. Les motifs multiples de consultation	44
2.11.2. Au niveau du médecin	44
2.11.2.1. La disponibilité nécessaire	44
2.11.2.2. Les compétences nécessaires	44
2.11.2.3. Difficultés d'intégrer les étapes de l'éducation thérapeutique aux consultations	45
2.11.3. Au niveau du patient	45
2.11.4. Par rapport à l'éducation thérapeutique collective	45

2.12. Ce qui serait à améliorer	46
2.12.1. Les outils	46
2.12.2. La formation	46
2.12.3. Le travail avec d'autres professionnels de santé	46
2.12.4. La re-connaissance de l'éducation thérapeutique	46
2.13. Evolution dans l'attitude du médecin	47
2.14. Le bien-être ressenti par le soignant à faire de l'éducation thérapeutique	47
Discussion	49
1. Biais et limites de l'étude	49
1.1. Liés au type d'étude	49
1.2. Limites liées au guide d'entretien	50
1.3. La difficulté d'interroger sur les pratiques	50
2. Discussion des résultats	51
2.1. La conception de l'éducation thérapeutique chez les médecins interrogés	51
2.1.1. Une relation médecin-patient plus équilibrée	51
2.1.2. Entre enseignement et apprentissage	52
2.1.3. L'éducation thérapeutique replacée au sein de l'éducation en santé	52
2.2. Adaptations de la méthodologie du guide HAS à la consultation de médecine générale	52
2.2.1. Un bilan partagé	53
2.2.1.1. Une étape initiale proche du diagnostic éducatif	53
2.2.1.2. Adaptations à la consultation de médecine générale	53
2.2.1.3. Limites de ce qui est fait en consultation	54
2.2.1.4. Le bilan éducatif partagé intégré avec méthode à la consultation	54
2.2.2. Les objectifs éducatifs	56
2.2.2.1. Négociés, adaptés, progressifs, sélectionnés	56
2.2.2.2. Le manque de formalisation du programme	56
=> Risque d'absence de réalisation de certains objectifs	56
=> La question de l'implication du patient	57
2.2.3. La dimension éducative dans les consultations	58
2.2.3.1. Comment une consultation devient éducative	58
=> Des objectifs alternés	58
=> Des techniques pédagogiques	58
2.2.3.2. Les limites	59
=> Les méthodes participatives	59
=> Le travail sur les compétences d'adaptation	59
=> Les outils	59

2.2.4. L'évaluation de l'éducation réalisée	60
2.2.4.1. Essentiellement formative	60
2.2.4.2. Centrée sur le patient	60
2.2.4.3. Plutôt bioclinique	60
2.3. L'éducation thérapeutique en médecine générale : la nécessaire intégration aux consultations	61
2.3.1. Les avantages d'être un médecin généraliste pour faire de l'éducation thérapeutique	62
2.3.1.1. Le temps : une prise en charge dans la durée	62
2.3.1.2. Une intervention à plusieurs temps éducatifs	62
2.3.1.3. Le format de consultation	62
2.3.1.4. La connaissance du patient et de son contexte	63
2.3.1.5. La prise en charge des situations polyopathologiques	63
2.3.1.6. Une réponse à une demande des patients	63
2.3.1.7. Un avantage en termes de Santé Publique	63
2.3.2. L'intégration passe par une posture éducative	64
2.3.2.1. Le développement de l'approche centrée sur le patient	64
2.3.2.2. Des méthodes pédagogiques	65
2.3.3. Mais aussi par des mesures stratégiques d'organisation	66
2.3.3.1. Dans le planning des consultations	66
2.3.3.2. Dans l'organisation du dossier médical	66
2.3.3.3. Dans l'organisation du matériel de consultation	67
2.3.3.4. Dans la coordination avec l'éducation thérapeutique collective	67
Conclusion	69
Bibliographie	71
Annexes	74
ANNEXE 1 : Guide d'entretien	74
ANNEXE 2 : Exemple d'entretien : retranscription de l'entretien avec M2	76
ANNEXE 3 : Exemple de grille d'analyse : grille d'analyse de l'entretien avec M7	86

Abréviations utilisées

BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
ETP	Education thérapeutique du patient
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IPCEM	Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicale
Loi HPST	Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

Introduction

Avec 15 millions de personnes concernées en France, soit 20 % de la population, les maladies chroniques sont un problème majeur de santé publique. Le suivi des patients qui en sont atteints représente une partie importante de l'activité d'un médecin généraliste. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) occupe une place prépondérante dans leur prise en charge.

Au niveau national, la volonté politique de faire de l'éducation thérapeutique l'une des priorités en matière de santé publique est marquée par une succession de textes officiels depuis ses prémices en 1980. Très récemment, en 2009, elle est inscrite dans la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) comme une priorité (1).

Depuis quelques années, elle se développe donc sous forme essentiellement collective, dans des programmes structurés, au sein des établissements hospitaliers et de réseaux de prise en charge des maladies chroniques. Mais devant le nombre grandissant de patients concernés, l'éducation thérapeutique ne peut être assurée par ces seules structures. La participation des médecins généralistes, coordinateurs de la prise en charge des patients, est logique et nécessaire (2). Assurer la prise en charge des situations chroniques fait partie des missions du médecin généraliste (1).

Toutefois, les études montrent trois choses :

- l'éducation thérapeutique est un domaine mal connu des médecins généralistes. Ils en ont une représentation floue, plus proche de l'information, d'un enseignement portant sur les connaissances, que de l'autonomisation du patient avec la prise en compte de ses représentations (3,4). La formation dans le cursus initial commence seulement à être mise en place et peu d'entre eux ont reçu une formation spécifique ultérieure (5).
- ils expriment de toute façon des difficultés à la mettre en œuvre dans leur pratique libérale : résistance du patient, manque de temps, rémunération inadéquate, manque de formation, manque de matériel adapté, référentiels mal adaptés aux soins de premier recours... (3,6,7)
- Même lorsque les concepts semblent mieux connus, la mise en œuvre en pratique se limite à un accompagnement et à des pratiques essentiellement explicatives (8).

Pourtant, l'éducation thérapeutique doit également prendre de l'ampleur au niveau libéral, notamment chez les médecins généralistes. Il faut donc parvenir à l'intégrer à la démarche des consultations de suivi des malades chroniques. Pour cela, il faut certes améliorer la formation des médecins généralistes dans ce domaine, comme le prévoit la loi HPST, mais également en structurer la démarche.

A l'heure actuelle, il n'y a pas de guide, de référentiel, pour l'éducation individuelle. La Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) ont édité un guide méthodologique sur la structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques (9). Il concerne la construction de programmes et s'adresse plutôt à l'organisation de l'éducation thérapeutique collective. Il n'est pas adapté à l'approche éducative individuelle continue et intégrée aux soins (2). Le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) (2) fait un état des lieux de la pratique de l'éducation thérapeutique dans les soins de premier recours, mais sans développer de méthodologie pour la pratique en consultation ni proposer d'outils concrets. Il recense les divers niveaux auxquels un médecin généraliste peut agir, concernant l'éducation thérapeutique : depuis l'activité en tant qu'animateur de séances dans un réseau d'éducation thérapeutique, en passant par la réalisation d'une partie de l'éducation puis l'orientation vers une structure collective, jusqu'à l'attitude éducative intégrée aux consultations. Toutefois, la pratique même de l'éducation thérapeutique dans les consultations de médecine générale n'est pas décrite précisément.

- **Problématique :**

Comme nous l'avons vu, la plupart des médecins généralistes ont une conception floue de l'éducation thérapeutique. Ils ne peuvent s'appuyer sur aucun guide dans ce domaine. Toutefois, des médecins généralistes impliqués en éducation thérapeutique en ont une vision plus nette. Certains de ces médecins ont une activité de médecine libérale. L'hypothèse faite est qu'ils ont inclus l'éducation thérapeutique dans leurs consultations, adaptant ainsi des techniques souvent collectives à un exercice individuel.

L'objectif de ce travail est d'analyser, au travers d'entretiens avec 12 d'entre eux, leurs pratiques d'éducation thérapeutique individuelle au cours de leurs consultations. Quelles stratégies ont-ils mises en place pour adapter une pratique codifiée au niveau collectif ?

Généralités

1. L'éducation thérapeutique

1.1. Lien entre l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique

1.1.1. L'éducation pour la santé du patient

L'éducation pour la santé s'inscrit, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans la Charte d'Ottawa (10), dans une démarche de promotion de la santé.

Selon B. Sandrin-Berthon (11) :

« L'éducation pour la santé a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité. Elle s'adresse à la population dans toute sa diversité avec le souci d'être accessible à chacun. Elle informe et interpelle aussi tous ceux qui, par leur profession ou leur mandat, exercent une influence sur la santé de la population, à travers les décisions qu'ils prennent ou les conduites qu'ils adoptent. ». Il s'agit donc d'une démarche qui concerne la population globale.

Plus récemment, elle est inscrite dans la loi HPST (1) : « L'éducation à la santé comprend notamment la prévention comportementale et nutritionnelle, la promotion de l'activité physique et sportive et la lutte contre les addictions. Elle s'exprime par des actions individuelles ou collectives qui permettent à chacun de gérer son patrimoine santé. »

Elle est autant le rôle des soignants que des éducateurs pour la santé.

1.1.2. L'éducation du patient à la maladie

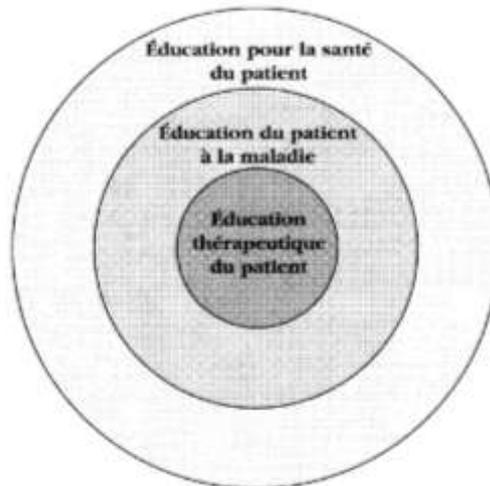
L'éducation du patient à la maladie concerne les comportements liés à la maladie, au traitement et à la prévention des complications et des rechutes (12). Il n'y a pas là obligatoirement de lien avec le traitement : l'éducation du patient à sa maladie s'intéresse à la façon dont le patient accepte son état et gère ses problèmes au quotidien.

Elle concerne également les éducateurs ainsi que les soignants.

1.1.3. L'éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique fait partie de l'éducation pour la santé et plus précisément de l'éducation du patient à sa maladie.

A. Deccache l'illustre ainsi (27) :



Elle touche la partie de l'éducation directement liée au traitement, préventif ou curatif. Elle repose pleinement sur les soignants et fait partie intégrante des missions de leur fonction soignante.

En 1998, le bureau régional pour l'Europe de l'OMS a donné la définition de l'éducation thérapeutique qui fait maintenant référence :

"L'éducation thérapeutique a pour but d'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. Cela a pour but de les aider (ainsi que leur famille) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie."

1.2. Les finalités de l'éducation thérapeutique du patient

1.2.1. L'autonomie...

L'éducation thérapeutique vise à rendre le patient atteint de maladie chronique plus autonome par l'appropriation de nouveaux savoirs : il devient ainsi le premier acteur de ses soins (13). Toutefois, en aucun cas cette éducation ne cherche la complète autonomie du patient, qui le mettrait plutôt en danger : il ne peut ni tout connaître, ni contrôler totalement sa maladie, ni remplacer le soignant.

L'éducation thérapeutique vise à limiter la progression de la maladie et éviter la survenue de complications. Il s'agit là, certes d'un objectif de santé publique, mais également d'un objectif personnel pour le patient. En effet, le but global de l'éducation thérapeutique est l'amélioration de la qualité de vie.

1.2.2. ...par l'acquisition de compétences

Cette autonomisation ne peut se faire que par l'acquisition ou le renforcement de compétences. Ces dernières correspondent à un ensemble de connaissances, d'actions ou de comportements que le patient doit maîtriser pour gérer son traitement et prévenir la survenue des complications tout en maintenant ou en améliorant sa qualité de vie (14).

Définies dans les recommandations de la HAS (15), elles regroupent :

- les compétences d'auto-soins : réaliser les gestes techniques et les soins, mettre en œuvre des modifications à son mode de vie, adapter les doses de médicaments, etc... Parmi elles, les compétences dites de sécurité visent à « sauvegarder la vie du patient ».
- les compétences d'adaptation, qui « s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales ».

R. Gagnayre et P.-Y. Traynard (13) les décrivent en terme de compétences d'auto-observation, compétences de raisonnement et de décisions, compétences d'auto-soins, compétences sociales et compétences d'adaptation.

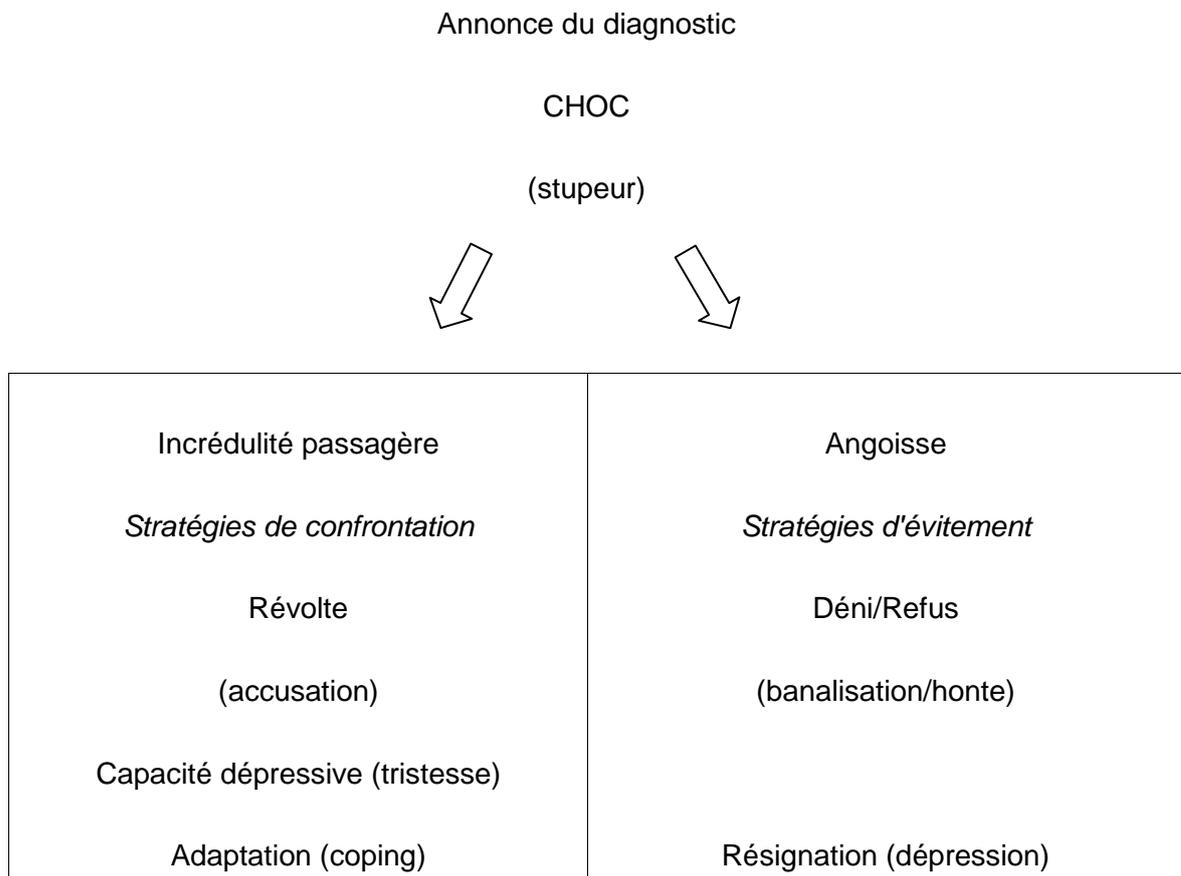
1.3. Les particularités de la maladie chronique (16)

L'éducation thérapeutique s'adresse au champ des maladies chroniques. Leur apparition dans la vie d'un patient entraîne des réactions particulières. La prise en charge de ces maladies doit se faire en prenant en compte différentes notions :

1.3.1. L'acceptation de la maladie (13)

La réaction émotionnelle forte liée à l'apparition de la maladie a été longuement étudiée. On parle de processus d'acceptation ou de résignation de la maladie. Deux trajectoires sont possibles, correspondant soit à un processus d'intégration de la perte de la santé, soit à un processus de mise à distance.

A. Lacroix l'a résumée ainsi :



Il faut garder à l'esprit que rien n'est figé et que les enchaînements entre étapes ne sont pas linéaires. Le repérage du stade d'acceptation de la maladie permet d'éviter les échecs thérapeutiques liés à ces mécanismes défensifs, en abordant dans la relation avec le patient les différentes réactions.

1.3.2. Les conceptions liées à la maladie chronique et son traitement

Elles sont parfois considérées comme des obstacles à l'adaptation du patient. Toutefois, elles sont une forme de savoir du patient.

Elles jouent un rôle de filtre dans l'apprentissage du patient : l'enseignement doit donc composer avec les conceptions des apprenants pour être intégré (16).

1.3.3. Le modèle des croyances de santé

Parmi les autres composantes des décisions des patients concernant leur maladie chronique, se trouve la notion de croyance de santé, ou Health Belief Model (16).

Pour accepter de se traiter et pour persévérer dans l'application de son traitement, un patient doit :

- être persuadé qu'il est bien atteint par la maladie
- penser que cette maladie et ses conséquences peuvent être graves pour lui
- penser que suivre son traitement aura un effet bénéfique
- penser que les bienfaits du traitement contrebalancent avantageusement les effets secondaires, les contraintes psychologiques, sociales et financières engendrées par ce traitement.

L'acceptation de ces quatre postulats est nécessaire, mais ne suffit pas, pour que les patients puissent prendre les mesures adéquates pour leur traitement. C'est ainsi que Rosenstock (1988) a développé le concept de « locus of control ».

1.3.4. Le « locus of control » (16)

Cette notion met en évidence deux types d'attitudes sous-tendues par deux logiques différentes :

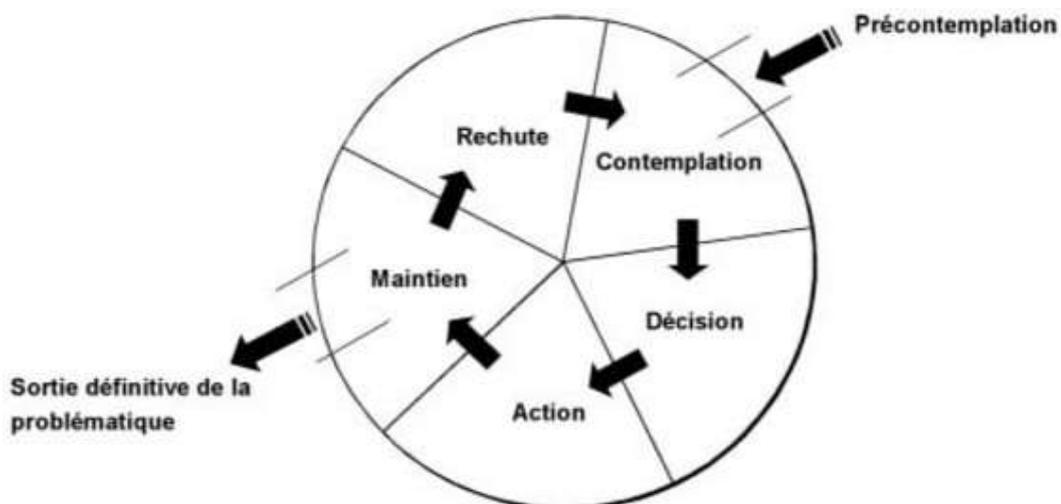
- la logique d'abandon pour une attitude de contrôle externe, car exercé, selon le patient, par un pouvoir extérieur à lui-même
- la logique de gestion pour une attitude de contrôle interne, où le patient prend lui-même en charge sa maladie et son traitement.

La prise en charge par le patient de sa maladie n'est possible que s'il intègre la notion de contrôle. Toutefois, les personnes « à locus de contrôle interne extrême sont trop rigides, incapables de vivre avec l'incontrôlable. L'acceptation de la maladie va de pair avec ce juste équilibre entre la responsabilité du malade et celle de son médecin dans un rapport de partenariat ».

1.3.5. La motivation

La motivation à réaliser un changement est une balance entre l'importance à poursuivre son comportement et les difficultés à changer d'un côté, et de l'autre les craintes à poursuivre le comportement initial et les bénéfices à changer (13). Le médecin doit donc savoir où en est son patient dans cette balance. Est-il motivé à changer son comportement ? Quel est le degré de cette motivation ? Les motivations qu'il a sont-elles pertinentes ?

Les stades de changements ont été étudiés par Prochaska et Di Clemente (1982) (17) :



Repérer ces stades permet aux soignants d'adopter les stratégies les plus adaptées au stade de changement où se situe le patient (18). Le changement de comportement n'est pas un but en soi de l'éducation thérapeutique. Il s'agit là d'aider le patient à être en capacité de décider qu'un changement de comportement peut être un passage nécessaire à l'amélioration de sa qualité de vie.

1.4. L'éducation thérapeutique dans les textes officiels

Les prémisses de l'éducation thérapeutique dans les textes en Europe remontent à 1980 : une recommandation du Conseil des Ministres réuni au Conseil de l'Europe propose de mettre en place des programmes visant à encourager les malades à participer de façon active aux traitements.

En 1998, comme vu plus haut, l'OMS a défini l'éducation thérapeutique.

En 1999, le Manuel d'accréditation des établissements de santé prévoit que : « Le patient bénéficie des actions d'éducation concernant sa maladie et son traitement. »

En 2000, la Conférence nationale de santé souligne l'intérêt de développer la prévention et l'éducation dans une approche de promotion de la santé et émet une proposition (n°8) : « La Conférence nationale de santé souhaite voir se renforcer l'éducation thérapeutique du patient ; elle souhaite la diffusion des pratiques professionnelles éducatives à l'ensemble des futurs intervenants du domaine de la santé. Elle souhaite que soient expérimentés, puis généralisés des modes d'allocations de ressources spécifiques en ville et à l'hôpital. ».

La loi du 4 mars 2002 affirme le droit de toute personne d'accéder aux informations relatives à sa situation de santé et d'être reconnue comme un acteur partenaire de sa santé avec les professionnels.

En avril 2007, un plan d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques énonce quatre objectifs : aider chaque patient à mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer, élargir la pratique médicale vers la prévention, faciliter la vie quotidienne des malades, mieux connaître les conséquences de la maladie sur leur qualité de vie.

En juin 2007, un guide méthodologique de la HAS et de l'INPES présente les éléments fondamentaux de structuration d'un programme d'éducation thérapeutique (9).

En 2008 est remis au ministre de la Santé le rapport Saout, Charbonnel, Bertrand : « Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient » (19). Il vise à promouvoir une politique nationale d'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques.

En 2009, la loi HPST est consacrée à l'éducation thérapeutique du patient (1). Elle est pour la première fois reconnue comme thérapeutique à part entière, avec son cadre, ses finalités et ses modes de financement dans une loi de santé publique.

Assister le développement de l'éducation thérapeutique et de son financement est une des missions des Agences Régionales de Santé. Il s'agit là d'un sujet en pleine actualité.

1.5. Les éléments constitutifs de l'éducation thérapeutique

L'organisation des activités en éducation thérapeutique nécessite une démarche raisonnée. Selon J.-F. D'Ivernois et R. Gagnayre (20), cette démarche éducative comprend les éléments suivants : le diagnostic éducatif, le contrat d'éducation et sa négociation avec le patient, le programme d'éducation et l'évaluation de l'éducation.

Ceci se retrouve dans les recommandations émises par la HAS, à partir du guide méthodologique (9). L'éducation thérapeutique y est planifiée en quatre étapes décrites ci-après :

1.5.1. Le diagnostic éducatif

Il s'agit de la première étape de la démarche éducative. Pour reprendre J. Iguenane (21), il s'agit d'un « temps de rencontre entre le patient et le soignant [qui] donne au patient l'occasion de faire connaître ses besoins, ses préoccupations, son projet, d'expliquer ce qu'il sait sur sa maladie, comment il vit avec, ce qu'il souhaiterait améliorer, ce qui lui pose problème et comment il pense pouvoir agir sur sa maladie. ».

Cinq dimensions sont explorées par cinq grandes questions, pouvant servir de base à un guide d'entretien :

- Dimension biomédicale de la maladie : qu'est-ce qu'il a ?

=> Il s'agit de faire le point avec le patient sur sa maladie, son évolution et traitement.

- Dimension socioprofessionnelle : qu'est-ce qu'il fait ?

=> Comprendre son environnement social et familial, ses activités, sa profession, aide à préciser les capacités du patient à résoudre seul des problèmes. Cela permet aussi d'élaborer par la suite des propositions adaptées au cadre de vie.

- Dimension cognitive : qu'est-ce qu'il sait sur sa maladie ? Comment se représente-t-il la maladie, les traitements, les conséquences pour lui et ses proches ?

=> Il s'agit d'explorer les connaissances et les représentations du patient sur sa maladie.

- Dimension psycho-affective : que ressent-il ?

=> Cette dimension regroupe le stade d'acceptation de la maladie, les attitudes du patient et ses réactions face à une crise.

- Projets du patient : quels projets a-t-il, à court ou long terme ?

=> Le projet soutient la motivation du patient et peut servir de critère d'évaluation de l'éducation.

La synthèse des informations obtenues permet de déterminer :

- les facteurs facilitant ou limitant les apprentissages
- les objectifs d'apprentissage pertinents contribuant à la réalisation d'un projet
- les priorités de l'éducation.

Le diagnostic éducatif n'est pas figé et doit être réévalué à chaque consultation : il est évolutif et progressif et nécessite du temps. Il peut être construit ou complété collectivement (14).

1.5.2. Le programme d'éducation thérapeutique

L'ensemble des informations recueillies sert à déterminer les compétences à atteindre par le patient : elles seront définies en lien avec les choix thérapeutiques les plus réalistes tant sur le plan médical que dans le contexte du patient. Ces compétences constituent les objectifs pédagogiques du programme d'éducation (20).

La formulation des objectifs est faite selon les trois domaines de connaissance (22) :

- les connaissances intellectuelles à acquérir : le savoir
- les compétences gestuelles : le savoir-faire
- l'intégration psychoaffective : le savoir-être : les attitudes à développer pour résoudre un problème qui se pose.

Il faut distinguer les objectifs de sécurité des objectifs spécifiques. Les premiers sont ceux qui visent à éviter les accidents et retarder les complications graves. Ils sont en général fixés par le soignant et non négociables. Les objectifs spécifiques correspondent à ce que le patient souhaite, en fonction de son projet personnel.

Les objectifs sont donc négociés entre soignant et patient, pour construire une véritable alliance thérapeutique, représentative de l'engagement mutuel dans ce processus d'éducation (13). Certains auteurs utilisent le terme de contrat d'éducation (23).

1.5.3. Les séances d'éducation thérapeutique

Les objectifs sont sélectionnés et travaillés au cours de séances éducatives. Elles peuvent être collectives ou individuelles, éventuellement en alternance. Leur réalisation fait appel à des méthodes et techniques participatives d'apprentissage (24).

1.5.4. L'évaluation de l'éducation thérapeutique

Toute action d'éducation doit faire l'objet d'une évaluation (20). Les objectifs en sont (15) :

- mettre en valeur les transformations intervenues chez le patient : acquisition de compétences, vécu de la maladie au quotidien, autodétermination, capacité d'agir...
- actualiser le diagnostic éducatif et proposer au patient une nouvelle offre d'éducation thérapeutique si besoin.

L'évaluation doit être périodique et formative, pour montrer au patient l'intérêt de l'éducation dans la maîtrise de l'évolution de sa maladie.

2. La médecine générale

Le cadre de la médecine générale a clairement été posé en 2002, lorsque la WONCA-Europe (World Organization of Family Doctors) a publié une déclaration consensuelle définissant la discipline de médecine générale – médecine de famille (25).

Il s'agit d'une « discipline scientifique et universitaire avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. ». Cette discipline entend favoriser une prise en charge globale du patient, basée sur une approche holistique, centrée sur la personne « dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires » (25).

Ce sont ainsi 11 caractéristiques centrales qui la définissent. Globalement, l'éducation thérapeutique est inscrite dans ces caractéristiques, et quelques-unes d'entre elles y font particulièrement écho :

- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires.
- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Par ailleurs, la loi HPST (1) a donné un encadrement juridique à la médecine générale en la définissant comme médecine de premier recours. Dans la définition de ses missions, on retrouve le suivi des maladies chroniques et l'éducation pour la santé.

Cette loi dépeint également un nouveau paysage pour l'offre de soins ambulatoires. Une promotion accrue y est faite pour des structures nouvelles comme les maisons de santé pluridisciplinaires ou encore pour les pôles de santé, où le médecin généraliste a une place centrale. Ces lieux peuvent bénéficier de nouveaux modes de rémunération, dont un module concerne l'éducation thérapeutique du patient.

Matériel et méthode

L'étude réalisée était une étude qualitative sur la pratique en éducation thérapeutique de médecins généralistes en exercice libéral.

1. Population étudiée

1.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

- Le premier critère d'inclusion était la pratique d'une activité de consultations de médecine générale en libéral.

- Le deuxième critère d'inclusion concernait la connaissance de l'éducation thérapeutique. Ce critère ne pouvant être utilisé d'emblée, il a été fait l'hypothèse que des médecins ayant une implication forte en éducation thérapeutique en ont une perception fine. L'implication forte a donc été le deuxième critère d'inclusion utilisé, décliné en quatre possibilités :

- Soit des médecins ayant suivi une formation en éducation thérapeutique
- Soit des médecins adhérents à une structure ambulatoire d'éducation thérapeutique
- Soit des médecins animant des séances d'éducation thérapeutique
- Soit des médecins formateurs en éducation thérapeutique.

La conception de l'éducation thérapeutique a été vérifiée au cours des entretiens, aboutissant à un critère d'exclusion si besoin.

- Le troisième critère d'inclusion était une contrainte géographique : les médecins devaient être accessibles depuis Nantes, où l'enquêteur était basé, en faisant un aller-retour dans la journée.

1.2. Méthode de recrutement des participants

Les médecins généralistes correspondant aux critères ont été recherchés initialement sur internet : médecins généralistes ayant produit des articles ou livres, ou étant intervenus dans des congrès ou organismes de formation ou auprès d'instances officielles sur le thème de l'éducation thérapeutique. Leur activité de consultation en médecine générale a été vérifiée par la suite, ainsi que leur accessibilité géographique.

Pour compléter, des structures ambulatoires d'éducation thérapeutique ont été contactées, en vue d'identifier des médecins généralistes adhérents impliqués.

L'origine géographique et les caractéristiques (formation, activité) étaient volontairement diversifiées pour favoriser la variété des influences et des pratiques.

Quatorze médecins ont ainsi été contactés par courrier électronique ou téléphone, avec si besoin une relance au bout de quelques semaines. La prise de rendez-vous a eu lieu directement auprès des participants ou de leur secrétaire.

2. Méthode de recueil des données

La méthode choisie a été l'entretien semi-dirigé. Le support était un guide d'entretien. Il débutait par une phrase de présentation rappelant l'objet de l'étude, puis, si besoin, une consigne était donnée.

Le guide explorait chez les médecins (Annexe 1) :

- la conception de l'éducation thérapeutique,
- l'organisation des consultations,
- la démarche éducative mise en œuvre, sur le plan des techniques de communication et s'appuyant sur les étapes décrites notamment dans les recommandations de la HAS : diagnostic éducatif, élaboration d'objectifs, réalisation de séances éducatives, évaluation,
- les difficultés ressenties et ce qui pourrait être amélioré dans le domaine de l'éducation thérapeutique,
- le bien-être éprouvé à réaliser de l'éducation thérapeutique dans leurs consultations.

Les questions et relances étaient les plus ouvertes possibles.

Les entretiens ont été réalisés entre le 15 février et le 5 avril 2011.

Ils se sont déroulés en face à face, soit au cabinet des médecins, soit dans la structure ambulatoire à laquelle ils étaient adhérents, soit dans leur bureau personnel.

L'entretien durait environ 30 minutes.

Ils ont été enregistrés avec l'accord des participants. Quelques entretiens ont été retranscrits intégralement jusqu'à permettre l'élaboration d'une grille d'analyse thématique. La retranscription des suivants a alors été guidée par la grille, évolutive en cas d'apparition de nouveaux thèmes (Annexes 2 et 3).

Résultats

1. Résultats généraux sur l'étude

Douze médecins généralistes ont accepté un entretien.

Le motif de refus a été une surcharge de travail de la part d'un des médecins. L'autre refus n'a pas été explicité.

La saturation des données a été jugée suffisante.

Aucun n'a été exclu.

Par rapport aux critères d'inclusion, les caractéristiques des médecins ayant répondu étaient :

- médecins ayant suivi une formation en éducation thérapeutique : 12
- médecins adhérents à une structure ambulatoire d'éducation thérapeutique : 12
- médecins animant des séances d'éducation thérapeutique : 6
- médecins formateurs en éducation thérapeutique : 1

Les autres caractéristiques particulières notables étaient :

- médecins intervenant au niveau de structures officielles (HAS, INPES, Union nationale des associations de formation médicale continue (UNAFORMEC)) : 2
- médecins ayant produit des articles ou livres : 4
- médecins étant intervenus à un congrès sur le thème de l'éducation thérapeutique ou auprès d'organismes de formation (Congrès de la Médecine générale, Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicale (IPCÉM)) : 2
- maison de santé pluridisciplinaire avec atelier collectif : aucun (refus)
- médecins coordinateurs de réseau d'éducation thérapeutique : 3

Ancienneté de la formation :

- moins de deux ans : 4
- plus de deux ans : 8

Volume de la formation reçue :

- deux jours ou séquentielle sur des soirées à thème : 5
- plus de deux jours : 7

Répartition géographique par département :

- 33 : 3

- 35 : 2

- 44 : 2

- 56 : 2

- 45 : 1

- 75 : 2

La durée des entretiens était de 25 à 47 minutes, la moyenne étant de 37 minutes.

2. Analyse transversale des entretiens

L'entretien portait sur la pratique de l'éducation thérapeutique dans leurs consultations de médecine générale. Divers thèmes ont été abordés.

2.1. La représentation

La représentation que les médecins interrogés se faisaient de l'éducation thérapeutique était explorée par la question : « Quels mots, ou groupes de mots, au nombre de deux, choisissez-vous pour me dire ce qu'est l'éducation thérapeutique pour vous ? », ainsi qu'au travers de l'entretien en général.

2.1.1. Accompagnement et autonomie

Globalement, les médecins mettaient en avant la notion d'accompagnement (M2, M4, M8, M12) et d'autonomie (M7, M8, M10), en citant notamment l'empowerment (M7).

2.1.2. Projet du patient

Pour la plupart, le ressenti du patient était essentiel et le projet du patient était le moteur pour avancer : « *Moi je suis là pour l'aider, l'accompagner, mais il faut qu'on ait un échange, qu'on construise un projet ensemble.* » (M4), « *L'éducation thérapeutique, c'est gérer le présent, et qu'à partir du présent on puisse aller vers un avenir* » (M6). Le patient était responsabilisé : « *Savoir pourquoi, et prendre sa décision en connaissance de cause et avec un professionnel qui est là pour l'aider à prendre cette décision.* » (M7).

2.1.3. Une relation patient-médecin plus équilibrée

L'interaction médecin-patient était importante et productive, comme le montrait l'emploi des termes : « coopération » (M5), « enrichissement mutuel » (M3), « échange » (M1, M3, M4, M12), « partage » (M7, M12). La coopération concernait également l'interaction avec les autres professionnels de santé de l'éducation thérapeutique. L'écoute du patient était au cœur des préoccupations de la plupart des médecins.

2.1.4. Une prise en charge plus globale

Dans le discours d'un des médecins seulement, on notait une nette différenciation entre la position de médecin et la position d'éducateur : « *Un moment privilégié quand je suis éducateur avec le patient et un contact privilégié quand je suis médecin avec le patient* » (M9).

A l'inverse, pour la plupart des autres, l'éducation thérapeutique se plaçait au cœur d'une prise en charge et d'une approche globales : « *C'est une approche globale, et c'est un comportement qu'on doit avoir* » (M8), « *Je pense que l'éducation thérapeutique, ce n'est pas une technique, c'est plus une attitude.* » (M11), « *Ce qui est intéressant, c'est de créer un projet commun autour du patient, avec le patient, et de discuter avec lui de ce qu'il veut faire, de ce qu'il peut faire. [...] Ce qui me paraît important aussi, c'est l'adhésion du patient au projet qu'on a tous les deux, dans le but que sa santé s'améliore* » (M12).

Pour deux médecins, elle prenait sa place au cœur de l'éducation à la santé.

2.2. Les patients et pathologies concernés par l'éducation thérapeutique individuelle dans leurs consultations

2.2.1. Les situations

Les situations où les médecins interviewés faisaient de l'éducation thérapeutique étaient :

- des maladies chroniques : hypertension artérielle, diabète, asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), syndrome d'apnée du sommeil, lombalgie, hypercholestérolémie, risque cardiovasculaire, surpoids, souffrance psychologique, tabagisme, arthrose,

- mais également des situations hors maladie chronique : prescription d'antibiotique, troubles du sommeil, résultats biologiques, allaitement maternel, fièvre chez l'enfant, douleur chronique, diététique, contraception, surveillance dermatologique des naevi, anticoagulants.

Cela est résumé par l'un des médecins comme étant « *tout ce qui nécessite des stratégies d'autonomie* » (M7) et un autre expliquait qu'il se mettait « *en situation éducative avec des patients qui n'ont pas forcément de maladie chronique* » (M8).

2.2.2. Une approche pluri-pathologique

Globalement, les médecins faisaient de l'éducation thérapeutique au cours de multiples situations et pathologies.

Toutefois, un praticien n'abordait l'éducation thérapeutique que dans quelques pathologies très ciblées citées ci-dessus : prise d'anticoagulants, pathologies respiratoires chroniques (M9). Deux autres (M1 et M4) déclaraient initialement l'aborder uniquement lors la réalisation de diagnostics éducatifs pour les structures collectives : donc uniquement pour l'asthme, la BPCO, le diabète, le sommeil et le risque cardiovasculaire. Toutefois, ces deux médecins décrivaient finalement d'autres situations que le diagnostic éducatif où ils faisaient de l'éducation thérapeutique.

2.2.3. Mais concernant particulièrement quelques pathologies

L'éducation thérapeutique était plus souvent citée dans certains domaines : asthme, risques cardiovasculaires, diabète. Cela est justifié par l'un des médecins car « *c'est une question de contenus, d'outils disponibles en fonction de tel domaine* » (M8).

2.2.4. A tous les stades de la maladie

L'éducation thérapeutique était, pour la plupart, réalisée à différents stades de la maladie :

- à l'annonce de la maladie chronique
- situation de reprise de l'éducation chez un patient avec une pathologie ancienne.

2.3. Organisation pratique de l'éducation thérapeutique

2.3.1. Intégration dans les consultations

La plupart des médecins interrogés pratiquaient l'éducation thérapeutique de façon très intégrée à la consultation. Cela passait par une posture permanente : « à *chaque consultation, il y a un volet d'éducation thérapeutique* » (M2), « *avoir à l'esprit cette intégration d'un temps éducatif dans la plupart des consultations* » (M8). Il s'agissait en pratique d'un travail progressif au fil des difficultés rencontrées, au gré des échanges d'informations, de « *petites actions* » (M6).

2.3.2. Des consultations dédiées

Quelques médecins avaient des consultations « dédiées » à l'éducation thérapeutique :

- soit pour réaliser les diagnostics éducatifs (M1, M4, M8, M9),
- soit pour donner lieu à de véritables séances éducatives, pour travailler sur des objectifs (M5, M8, M10) : « *Il faut s'organiser* » (M5),
- soit en guise de bilan annuel pour les patients porteurs d'une maladie chronique (M12).

Ces consultations étaient alors prévues à l'avance.

Un des médecins programmait de temps en temps des consultations dédiées à l'éducation thérapeutique : « *Quand vraiment ça n'est pas possible, je le fais revenir pour ça. [...] Tous les 15 jours, j'essaie d'avoir une consultation dédiée, je fais revenir le patient, je bloque 3/4h, pour un diagnostic éducatif ou une séance éducative* » (M9).

Lorsqu'elles étaient prévues à l'avance, les consultations l'étaient d'une fois sur l'autre uniquement.

2.3.3. Attitude mixte

Ces deux attitudes n'étaient pas antinomiques : « *Je fonctionne en essayant d'intégrer cette démarche d'éducation thérapeutique aux consultations régulières que j'ai avec les patients chroniques mais aussi en essayant à des moments de dégager des temps spécifiques* » (M8).

2.3.4. Au niveau de l'agenda

De base, ces médecins avaient des consultations prévues :

- toutes les 30 minutes (M4, M7),
- toutes les 20 minutes (M2, M3, M5, M8, M9, M10, M11),
- toutes les 20 minutes le matin et toutes les 30 minutes l'après-midi (M12),
- toutes les 15 minutes (M1),
- sans rendez-vous (M6).

Deux médecins (M2 et M11) avaient des trous dans le planning, servant de tampon pour éviter le retard.

La durée des consultations éducatives variait :

- de 30 à 45 minutes pour les diagnostics éducatifs
- s'intégrant à peu près dans le schéma habituel de consultations de ces médecins pour les séances éducatives. Un médecin (M9) soulignait le fait que l'éducation thérapeutique faisait déborder les consultations. Pour un autre : « *Ça ne prend pas tellement plus d'un temps de consultation habituelle* » (M8). Enfin, un troisième s'organisait : « *Il y a parfois des consultations où je sais à l'avance que quand je vais le revoir, ça va être long. Donc là il m'arrive de bloquer d'emblée deux créneaux, quand je sais que je vais y passer une heure* » (M11).

2.3.5. Les motifs de consultation

Pour un des médecins (M10), il était important de découper les consultations : n'aborder qu'un thème par consultation. Un autre expliquait : « *Je dédie parfois certaines consultations à un motif : le tabac, la diététique* » (M12). Ce même médecin séparait les motifs aigus des motifs chroniques quand c'était nécessaire, traitant alors le problème chronique lors d'une autre consultation.

Un des médecins soulevait le fait que la pratique de l'éducation thérapeutique avait fait déplacer sa pratique « *vers les pathologies chroniques plutôt que vers les pathologies aiguës* » (M7).

2.4. L'introduction de l'éducation thérapeutique dans la consultation

Ce thème n'a pas été abordé directement avec tous les participants.

2.4.1. Demander l'accord

Deux médecins insistaient sur l'importance de demander l'accord du patient pour entreprendre une démarche d'éducation thérapeutique mais situaient cette demande d'accord à deux niveaux différents :

- l'un (M5) pour l' « *interroger pour comprendre* » : donc plutôt au tout début de la démarche éducative, avant même le diagnostic éducatif,
- l'autre (M7) pour l'autorisation de travailler sur la pathologie : cela se plaçait plutôt à la fin de ce qui est, en quelque sorte, un diagnostic éducatif, avant d'aborder les objectifs.

2.4.2. Explications

Les explications données au patient concernaient surtout l'éducation thérapeutique collective. Pour l'éducation thérapeutique individuelle, un des médecins développait : « *Prendre du temps, ça va leur permettre d'être plus à l'aise avec leur maladie et par conséquent, résoudre un certain nombre de problèmes auxquels ils sont confrontés* » (M8).

2.5. Le diagnostic éducatif

2.5.1. Un temps particulier dans la consultation, mais informel

Le diagnostic éducatif n'était pas toujours formalisé.

Il y avait cependant toujours un temps qui s'en rapprochait :

« *Quand il y a quelque chose, on parle. On va essayer d'utiliser cette information pour essayer de voir vers où il veut aller, ce qu'il veut faire, comment il veut y aller, comment on peut s'adapter.* » (M4), « *J'essaye de savoir ce qu'il sait de sa maladie* » (M3), « *D'abord explorer ce que le patient sait* » (M7), « *On construit à partir de ses idées.* » (M6), « *Essayer de le faire parler pour voir ce qui pourrait être amené à faire bouger chez lui.* » (M1), « *On voit les ressentis, les représentations* » (M2).

C'était également défini comme « *le point de départ* » (M7), « *la base de tout* » (M9).

Cela prenait alors parfois une allure très spontanée : « *Ça se fait de façon naturelle* » (M3), « *Prendre des nouvelles de façon empathique. [...] Ce sont des choses que je fais instinctivement* » (M10).

2.5.2. Différentes façons de le faire, de façon plus formelle

2.5.2.1. En entier, en une fois

Parfois le diagnostic éducatif était réalisé en une seule fois, avec un support, sur un sujet donné, le plus souvent pour orienter le patient vers un réseau d'éducation thérapeutique.

2.5.2.2. Morceler le recueil d'informations

Une autre possibilité était de morceler le diagnostic éducatif :

« *Le diagnostic éducatif n'est pas fait en une fois. [...] La connaissance du patient se nourrit des différentes consultations, de ses consultations, voire des consultations des membres de sa famille.* » (M8), « *Ça rentre sur plusieurs consultations : qu'est-ce qu'il sait, qu'est-ce qu'il a retenu du traitement dans son ensemble : les médicaments, les prises en charge sur le plan diététique, sur le plan hygiène de vie, sur le plan activité...* » (M12).

Il était alors réalisé au coup par coup, en fonction du sujet abordé à la consultation :

« *On peut faire des diagnostics éducatifs en 10 minutes sur un point précis. Les gens, ils viennent pour un problème.* » (M5).

Un des médecins (M7) employait le terme de « *micro diagnostic éducatif* ».

Un médecin utilisait, pour explorer différentes dimensions du patient, le cycle de Prochaska et Clementi, le Health Belief Model et l'échelle d'importance.

2.5.2.3. Faire une synthèse annuelle

Un des médecins (M11) réalisait, une fois par an, une synthèse des dossiers des patients porteurs de maladies chroniques : il reprenait alors l'ensemble des données recueillies au cours des différentes consultations, pour établir ce qui s'approchait d'un projet personnalisé de soins.

2.5.3. Trace écrite

Les éléments étaient notés dans le dossier médical, sauf pour deux médecins. Un des médecins reprenait les mots exacts. Les autres faisaient des résumés.

Toutefois, un médecin collectait les données à un endroit précis du dossier, ce qui lui permettait de les récupérer facilement. Ainsi il allait « *chercher dans le dossier, dans la connaissance qu'on a, pour nourrir un petit peu ce temps spécifique* » (M8).

2.5.4. Intérêt exprimé de cette étape dans la consultation

Trois médecins ont précisé que cette démarche, lorsqu'elle est plus formalisée, avait un intérêt particulier :

- « *le locus de contrôle de la maladie n'était pas où je pensais* » (M9),
- « *On a pu re-verbaliser certaines choses. On les a dites de façon ouverte parce que d'habitude on n'échangeait pas de cette façon-là. [...] On a pris le temps de dire.* » (M4),
- « *Ça permet de mieux le connaître, on apprend plein de choses* » (M1).

2.6. Les objectifs éducatifs

2.6.1. Des objectifs globalement négociés

Un point commun à la quasi-totalité des entretiens (10 médecins), était que les objectifs étaient définis avec le patient : « *discuté des buts à atteindre* » (M2), « *je demande au patient de fixer un objectif* » (M10), « *on se met d'accord* » (M5), « *on aboutit à une décision commune* » (M11).

Un terme très récurrent était celui de la famille de « négociier » : six médecins sur 12 l'employaient : « *Je négocie avec le patient le choix des objectifs, des priorités, en fonction de ce qu'il pense être en capacité de faire et de ses attentes ponctuelles qui n'ont peut-être rien à voir avec les objectifs que je m'appête à lui fixer.* » (M11).

Cependant, pour un des médecins, les décisions étaient essentiellement prises par lui-même : « *je commence par aborder* », « *je rajoute* » (M9).

Un autre médecin nuancait : « *J'é mets des propositions et il y adhère ou il n'y adhère pas. Ces propositions, je les é mets en fonction de ce que je pense et en fonction de... souvent ce que je pense, quand même.* » (M12).

2.6.2. Des objectifs toujours adaptés

Dans le discours de la totalité des médecins, les objectifs étaient à « *adapter* » au patient.

2.6.2.1. A la personnalité du patient

Ils étaient adaptés en terme de personnalité : « *objectifs complètement individuels* » (M2), « *il est reparti avec des choses propres à lui* » (M1), « *On essaye d'adapter les objectifs à la personne, donc c'est important de bien la connaître pour savoir ce qu'on peut faire* » (M3).

2.6.2.2. Pas trop ambitieux

Ils l'étaient également par leur taille, leur ambition.

Trois des médecins précisait la notion de pertinence des objectifs par rapport au patient, ainsi que le fait que ces objectifs étaient modestes, réduits : « *les micro-objectifs qui seront pertinents pour lui à ce moment donné de sa maladie* » (M7), « *pas trop ambitieux* » (M3), « *sans objectif infaisable* » (M2).

2.6.3. Des objectifs sélectionnés

En effet, il revenait parfois au médecin le rôle de trier, d'ajuster : « *énorme travail de sélection* » (M5), « *pointer du doigt les éléments qu'il serait important de développer* » (M8). Cela amenait parfois le médecin à choisir certains objectifs pour une notion de « *stratégie de sécurité* » (M7), « *des objectifs en cas d'urgence* » (M2), mais en dehors de la sécurité, la priorité était relative : « *ce n'est pas forcément ce qui est prioritaire pour moi* » (M5).

2.6.4. La programmation des objectifs

Pour cinq médecins, la définition des objectifs se faisait d'une fois sur l'autre uniquement.

Les sept autres médecins avaient, dans leur discours, une vision globale des objectifs à atteindre, d'où une certaine programmation : « *je sais qu'il y a des points par lesquels je dois passer* » (M9). Toutefois, cette programmation était caractérisée comme souple, dynamique, avec une hiérarchisation dans le temps et en fonction de l'importance, évolutive, informelle. Elle était soutenue par l'existence d'un projet de la part du patient :

« On va essayer d'utiliser cette information pour essayer de voir vers où il veut aller, ce qu'il veut faire, comment il veut y aller, comment on peut s'adapter. » (M4), « J'essaie de rebondir sur ce que les patients peuvent apporter pour pouvoir avancer avec eux sur certains objectifs. » (M1).

Le médecin devait garder à l'esprit une certaine « *logique de programmation* » (M5, M8), tout en modulant les objectifs d'une consultation sur l'autre « *parce qu'il y a une opportunité* » (M5). Ce même médecin précisait le côté délicat de « *ne pas perdre le fil* » dans cette logique de programmation informelle.

Un médecin (M8) parlait d'une programmation plus formelle dans le cas où « *on peut prévoir tout un cursus* » en parlant de l'apprentissage d'un pansement pour un diabétique.

2.6.5. La trace

Deux médecins notaient précisément dans leur dossier les objectifs négociés pour la consultation suivante. Pour trois autres, il n'y avait pas de trace dans le dossier médical des objectifs discutés. Le sujet n'a pas été abordé directement avec les autres.

Il n'y avait en aucun cas de trace écrite du programme global pour le patient, et les objectifs étaient donnés verbalement d'une consultation sur l'autre.

2.7. La dimension éducative des consultations

2.7.1. L'intégration de l'éducation thérapeutique dans les consultations

A nouveau, on se retrouvait face à la notion d'intégration de l'éducation thérapeutique dans les consultations.

En effet, la délimitation entre consultation éducative pure et consultation « classique » n'était pas nette chez tous les médecins. L'éducation thérapeutique était fondue dans la consultation classique. Un des médecins exprimait : « *J'utilise la notion des objectifs alternés d'Assal : considérer que l'on puisse, lors de consultations habituelles, rajouter un objectif éducationnel. [...] Il y a des moments où c'est juste un petit rappel et puis d'autres, par exemple [...] on va passer le reste de la consultation justement en saisissant l'opportunité des résultats biologiques pour reprendre des éléments éducatifs et la consultation est là, centrée sur l'éducation.* » (M8).

Deux autres médecins corroboraient cette attitude en parlant de « *petites actions* » (M6), « *un ou plusieurs objectifs dans la consultation* » (M3).

Pour les autres médecins, la partie éducative de la consultation se traduisait alors par quelque chose de plus global, qu'on pourrait appeler une « attitude éducative ».

2.7.2. L'attitude éducative

2.7.2.1. Une traduction physique

Deux médecins changeaient physiquement de place lors des séquences éducatives : ils s'asseyaient alors à côté du patient.

Les autres médecins n'adoptaient pas ce changement de position physique.

2.7.2.2. Construire sur les connaissances du patient

Au niveau pédagogique, ils étaient particulièrement attentifs au fait de partir des idées et des connaissances du patient : « *rebondir sur ce que les patients peuvent apporter pour pouvoir avancer avec eux* » (M1), « *faites vous votre idée et on en reparle* » (M2), « *le tout, c'est de mettre de l'ordre* » (M10). C'était ce qu'un médecin décrivait comme être « *en veille éducative* » (M8), pour être prêt à « *saisir les opportunités* » qui permettaient de reprendre des éléments éducatifs au cours de la consultation.

2.7.2.3. Interaction avec le patient

Les médecins cherchaient à provoquer chez leurs patients des réflexions : description d'une plaie par le patient, mise en situation (description de la conduite qu'ils auraient face à un résultat fictif d'INR, etc.).

Ils demandaient une action de la part du patient : « *Mes diabétiques, je leur fais faire des dessins* » (M9), lui faisaient faire des gestes (mettre des chaussures pour un diabétique, auto-mesure tensionnelle, prise d'un traitement...) et travaillaient sur cette base.

Cela était commun à la majorité des médecins. Les autres avaient une attitude moins interactive : « *j'explique et réexplique* » (M3). Toutefois ces médecins partaient eux aussi des connaissances des patients.

2.7.3. Les outils

Hormis trois médecins qui disaient ne pas employer d'outils, les autres en utilisaient pour approfondir cette pratique réflexive de la part des patients. Ils avaient pour but une analyse partagée avec le médecin.

2.7.3.1. Supports physiques

Il s'agissait parfois d'outils utilisés dans d'autres domaines que l'éducation : outils d'enquête alimentaire, agenda du sommeil.

On pouvait classer les autres outils physiques en deux types :

- informatifs, faisant évoquer une relation d'enseignement. Ils utilisaient des fiches conseil (de posture, de diététique), des supports pour les explications anatomiques et physiopathologiques : livres, maquettes, dessins, fiches, film : « *Donc là je vais lui faire un petit cours sur la polyarthrite rhumatoïde* » (M11).

- participatifs, plutôt à visée d'apprentissage. Il s'agissait alors de classeurs-imagiers, du carnet de surveillance du diabétique, d'un verre avec des mesures d'alcool, de médicaments, placebo ou ceux des patients (inhalateurs), du brassard d'auto-mesure tensionnelle, d'un miroir pour permettre à des patients de voir des zones habituellement cachées : « *Ça, c'est des temps éducatifs, car c'est pas moi qui explique. Je demande aux gens de voir ce qu'il y a.* » (M5).

Toutefois, ce classement restait relatif en ce qui concernait les outils de type informatif, car il dépendait de l'usage qui en était fait. Exemple pour un petit film, où le médecin faisait appel à la reformulation dans un second temps : « *Quand il l'a regardé, je lui demande ce qu'il a compris, si ça lui pose des questions, des inquiétudes... Et puis on discute à partir de ça.* » (M11).

2.7.3.2. Supports oraux

Des outils du domaine verbal servaient également aux médecins : illustration d'une maladie par un conte, un extrait de l'Histoire de France, en utilisant la morale de l'histoire, par le biais d'une analogie (M6).

2.7.3.3. Internet

Internet était décrit comme un outil par trois médecins : servant à l'information des patients, permettant par la suite un travail sur les connaissances acquises par ce biais. Seul un médecin conseillait la navigation sur certains sites web à ses patients. Les autres décrivaient des situations où les patients s'étaient informés seuls sur internet. Le retour des patients servait alors de base pour la suite des entretiens.

2.7.4. Trace des consultations éducatives

Deux médecins notaient spécifiquement les objectifs abordés au cours des consultations dans leur dossier médical.

Cinq ne notaient pas dans leur dossier les objectifs abordés.

Ce thème précis n'a pas été abordé dans cinq des entretiens.

Trois des médecins donnaient parfois des documents écrits aux patients pour favoriser la réflexion et ouvrir la discussion à la consultation suivante.

2.7.5. Corrélation entre formation, pratique collective et interactivité avec le patient

Sur les cinq médecins formés sur deux jours ou de façon séquentielle sur des soirées à thème, quatre avaient une pratique relativement peu interactive avec le patient, donc plus proche de l'enseignement que de l'apprentissage.

Sur les sept autres médecins (formés sur plus de deux jours), trois avaient également une pratique plus proche de l'enseignement.

Par ailleurs, sur les six médecins qui animaient des séances collectives, trois avaient également une pratique plutôt d'enseignement.

2.8. L'évaluation de l'éducation réalisée

2.8.1. Principalement informelle et formative

Pour la majorité des médecins interrogés, l'évaluation était tout à fait informelle : verbalement, au travers de l'entretien. Elle se faisait en reprenant les éléments soulevés

à la précédente consultation : « *Comment ça s'est passé ? [...] On pose la question la fois d'après* » (M4). L'évaluation pouvait se faire au travers d'un problème nouveau qui apparaissait : « *S'il y a un problème nouveau qui apparaît, on peut être amené à reprendre les séances éducatives.* » (M7). Elle était alors formative.

Elle se faisait également sans chiffrer mais en surveillant la fréquence des crises, complications : « *J'essaie qu'il ait le moins de crise possible, le moins de gêne possible, le moins d'arrêt de travail. Mais ce n'est pas chiffré.* » (M9).

Cela la rendait difficile, pour un médecin : « *C'est peut-être mon point faible. Parce que j'évalue peu et mal, et je me surprends de temps en temps à découvrir qu'ils ne font pas tout à fait ce qu'on avait prévu.* » (M12).

2.8.2. Parfois basée sur l'observation, la reformulation et la validation de procédures acquises

Pour un des médecins, elle passait également par l'observation des gestuelles d'un patient.

La reformulation de l'échange de la consultation précédente servait d'évaluation de la compréhension : « *Et puis à la consultation suivante, j'essaie de voir ce qu'il en a retenu.* » (M11).

Pour deux autres médecins, l'évaluation faisait appel à la notion de validation des procédures acquises tant chez le médecin traitant que dans des ateliers, ainsi qu'à l'appropriation des connaissances concernant le suivi.

2.8.3. Critères biomédicaux

Certains critères biomédicaux étaient utilisés : le poids, le débit expiratoire de pointe, des résultats biologiques (taux de prothrombine, triglycérides, cholestérol, ...), le nombre de cigarettes fumées. Ces critères étaient dosés ou mesurés dans le suivi et servaient de repère dans l'éducation du patient. Ils étaient alors discutés avec le patient lui-même. « *Je lui demande ce qu'il pense de son TP* » (M9).

Toutefois, un médecin considérait que : « *La biologie, ça ne sert pas à évaluer l'éducation. Il y a tellement de facteurs qui jouent.* » (M5).

2.8.4. Autoévaluation

Un des médecins utilisait des auto-questionnaires pour les asthmatiques.

Ceci était à mettre en relation avec le fait qu'il incitait ses patients à avoir une pratique réflexive, un recueil de leur pratique. L'évaluation se faisait donc par discussion avec le médecin des résultats recueillis. Il pouvait s'agir d'un agenda du sommeil, des carnets de surveillance glycémiques.

Un autre des médecins parlait d'autoévaluation, comme étant le fait que « *les patients apprennent quels sont les critères qui sont significatifs de leur bon fonctionnement* » (M5).

2.8.5. Parfois formative, avec l'infirmière du réseau

L'évaluation était nettement plus formalisée dans un des cas : lorsqu'elle se faisait avec l'infirmière coordinatrice d'un réseau, sur l'ensemble du dossier d'éducation du patient.

2.9. La communication

Cet item n'a pas été abordé directement dans tous les entretiens. Cependant, de nombreux éléments du discours permettaient de retrouver certaines caractéristiques dans la communication avec les patients.

2.9.1. Le temps d'expression du patient

La moitié des médecins insistaient sur le fait qu'ils s'attachaient à « *lui laisser le temps de s'exprimer* » (M2), « *laisser la place aux questions* » (M3), « *construire une relation d'être avec le patient qui lui permet de « dire »* » (M7), « *écouter le patient* » (M10). Deux médecins insistaient particulièrement sur l'importance de laisser un temps de parole plus important au patient qu'au soignant : « *inverser le temps de parole* » (M10).

2.9.2. Dès le début de la consultation

Cela prenait d'ailleurs particulièrement sa place, pour trois médecins, au début de l'entretien : « *Ma première question, c'est : ☐ Je vous écoute, vous venez pour quoi ? ☐* » (M2). L'attention était portée sur « *la mise en confiance* » (M3).

2.9.3. Les techniques d'entretien

De façon unanime, le questionnement privilégié était de type ouvert, à toutes les étapes de l'éducation thérapeutique.

On retrouvait chez la majorité des médecins l'utilisation de certaines des techniques issues de l'entretien motivationnel : poser des questions ouvertes, valoriser, reformuler, faire des résumés, exprimer l'empathie, avoir une écoute réflexive.

L'emploi de ces techniques était plus ou moins conscient : chez quelques médecins, elles étaient clairement exprimées : « *Il y a des techniques d'entretien, c'est clair* » (M7), nommées : « *J'utilise l'empathie, les questions ouvertes, la reformulation, les résumés, l'écoute réflexive* » (M10).

Chez d'autres, cela était plus intuitif : « *C'est une façon de parler avec les gens* » (M6), « *Je ne sais pas, c'est très spontané* » (M12) et les éléments étaient plus difficiles à retrouver dans leur discours. Au travers de leurs exemples, on retrouvait surtout les questions ouvertes comme : « *Qu'est-ce que vous en pensez ?* » (M6).

2.10. La coordination avec l'éducation thérapeutique collective

2.10.1. Unanimement reconnue comme ressource

La coordination avec l'éducation thérapeutique collective prenait une place importante pour tous les médecins.

Il existait un consensus sur le fait qu'il s'agissait d'« *une ressource* », « *un complément* », « *un relais* », de « *collaboration* ».

2.10.2. Mais différemment utilisée

Toutefois, l'éducation thérapeutique collective n'était pas utilisée de la même façon par tous :

- certains pour toutes les pathologies où ils n'étaient pas à l'aise
- la majeure partie les adressait volontiers en fonction de l'évolution : « *au bout d'un moment, ou bien dès le début* » (M7), de la difficulté de l'éducation « *quand je n'y arrive plus* » (M4), « *quand on a une éducation complète ou complexe à faire* » (M5), ou des spécificités des patients « *mamans inquiètes* » (M10), « *ceux qui ont besoin de causer* » (M5).

- un des médecins utilisait rarement le collectif, travaillant plutôt en individuel, ou seulement lorsque le patient y était adressé par le spécialiste.

2.10.3. Intérêt du collectif

Trois médecins y trouvaient de l'intérêt par rapport à la « *dimension pédagogique du groupe* » (M4) : « *des choses plus fortes, complémentaires* » (M7), « *plus interactif, plus intéressant qu'en individuel* » (M9), mais également l'intérêt de la gratuité de certaines consultations pour deux médecins, ainsi que « *d'autres personnes ressources* » (M4, M5). L'intérêt de cette pluridisciplinarité était replacé dans un contexte plus global de coordination des soins, de réseau de soins informel par trois des médecins.

Pour un médecin, le groupe constituait un gain de temps.

2.10.4. Le collectif intriqué à l'individuel

Pour quatre médecins, le travail dans leurs consultations était vraiment coordonné avec les ateliers collectifs : deux travaillaient avec les infirmières coordinatrices sur les synthèses des ateliers, et deux autres directement à partir des résultats des ateliers.

Enfin, un médecin essayait de démarrer un travail de groupe avec des infirmiers de son quartier.

2.11. Les difficultés

Différentes difficultés étaient rencontrées pour la réalisation de l'éducation thérapeutique dans les consultations de médecine générale.

2.11.1. Liées à l'organisation des consultations

2.11.1.1. La durée des consultations

Un des principaux problèmes rencontrés concernait la notion de durée des consultations : réaliser de l'éducation thérapeutique dans les consultations prenait du temps. Ceci était à contrebalancer avec l'expérience positive d'un médecin relatant : « *Ça me prend moins de temps au final !* », « *On gagne du temps parce que déjà on part sur l'information qu'elle a, qu'on peut corriger et on ne refait pas tout.* » (M2). Pour un autre médecin, le diagnostic éducatif ne rallongeait pas non plus la consultation : « *Ça ne prend pas tellement plus d'un temps de consultation habituelle, car ce sont souvent*

des patients qui n'en sont pas à leur premier problème de maladie chronique et si on a été en capacité de le noter, on a déjà un certain nombre d'éléments de réponse par rapport aux différents thèmes du diagnostic éducatif » (M8).

2.11.1.2. L'organisation au niveau de l'agenda

Pour pallier ce problème, un des médecins bloquait des rendez-vous dans son agenda, et décrivait de ce fait des difficultés à trouver des créneaux libres pour d'autres consultations pour sa secrétaire.

Un autre médecin fonctionnait avec des consultations sans rendez-vous, ce qui empêchait toute programmation.

2.11.1.3. Les motifs multiples de consultation

Une autre difficulté était le nombre de motifs exposés au cours d'une même consultation par un patient. Il était difficile de faire revenir les patients spécifiquement pour des consultations éducatives. Toutefois, pour un des médecins : *« On peut tout à fait expliquer au patient qu'on a besoin de le revoir avec des temps spécifiques dédiés à l'éducation. Mais il faut déjà qu'on soit assez à l'aise avec ça pour faire partager cette idée au patient. » (M5).*

2.11.2. Au niveau du médecin

2.11.2.1. La disponibilité nécessaire

Pour trois médecins, faire de l'éducation dans ses consultations demandait de la disponibilité, de l'énergie. C'étaient des consultations parfois ressenties comme *« fatigantes », « intenses »*. Il y avait le risque de manque de rigueur *« Quand on s'observe, on se rend compte que, des fois, on n'a pas les attitudes qu'on devrait avoir » (M7)*, d'oubli : de l'objectif évoqué la fois d'avant, ou des objectifs spécifiques envisagés.

2.11.2.2. Les compétences nécessaires

Cela demandait également des compétences particulières : *« C'est compliqué parce qu'il faut des compétences en psychologie que je n'ai pas » (M6)*, *« Savoir discerner quand cet investissement éducatif est fondamental » (M5)*, *« Se mettre en posture d'écoute, c'est tout un métier » (M10).*

Cela demandait d'être capable d'adapter sa pratique, notamment à la suite d'une formation.

2.11.2.3. Difficultés d'intégrer les étapes de l'éducation thérapeutique aux consultations

Un médecin signalait des difficultés à adapter le diagnostic éducatif à la consultation, et des difficultés à trouver le bon moment.

Par rapport à la notion de programme, un médecin soulignait le côté délicat de ne pas être dans un programme rigide mais « *le danger, ça serait d'être uniquement dans des éléments éducatifs mais qui n'auraient pas de cohérence* » (M8).

Un autre évoquait le problème de la reconnaissance financière du temps consacré à l'éducation thérapeutique, tout en précisant : « *Cela dit, je ne pense pas honnêtement que l'aspect financier, pour moi en tout cas, changerait les choses. Parce que dire ça, ça veut dire : « Bah oui, mais si on me payait pour le faire, je prendrais plus de temps pour le faire. ».* Moi, c'est faux, parce que dans le cadre de mon emploi du temps, si je prenais plus de temps pour faire ça, ça veut dire que je m'ampute d'un quart de ma clientèle » (M11).

2.11.3. Au niveau du patient

Un point relevé par deux médecins concernait le fait que l'éducation thérapeutique rendait leurs consultations différentes, avec la sensation d'être « *en décalage* » (M1) : « *Ce n'est pas la représentation que les patients semblent avoir du médecin, de la consultation* » (M2).

2.11.4. Par rapport à l'éducation thérapeutique collective

L'éducation thérapeutique individuelle était considérée comme moins structurée (deux fois) et ne bénéficiant pas d'outils adaptés (deux fois).

Un autre problème concernant l'éducation thérapeutique collective était que : « *Les modules éducatifs dont pourraient bénéficier les patients ne sont pas forcément accessibles au moment où le patient en ressent le besoin* » (M8).

2.12. Ce qui serait à améliorer

Un des thèmes abordés concernait les éléments que les praticiens souhaitaient améliorer dans leur pratique de l'éducation thérapeutique au cabinet.

2.12.1. Les outils

Une demande retrouvée chez quatre médecins concernait les outils :

- une « *boîte à outils éducative, avec des outils assez facilement utilisables [...] trousse à outils de l'éducateur de ville* » (M8),

-des outils d'analyse des pratiques des patients dans un objectif d'analyse partagée avec les professionnels (M7),

-au niveau anatomique, des supports explicatifs de la maladie du patient (M3),

-pour le diabète, un outil pour travailler avec le patient sur la diététique (M9).

Un autre médecin signalait l'absence de programme informatique permettant de partager les données éducatives avec ses associés.

2.12.2. La formation

Quatre médecins aimeraient se former sur l'entretien motivationnel, l'éducation thérapeutique en libéral, l'éducation thérapeutique du diabétique, la relation non verbale.

2.12.3. Le travail avec d'autres professionnels de santé

Le souhait de travailler avec d'autres professionnels de santé pour de l'éducation thérapeutique était à l'état de projet pour un médecin, et un autre soulignait l'importance de développer cette éducation thérapeutique de proximité.

2.12.4. La re-connaissance de l'éducation thérapeutique

Trois médecins soulignaient la méconnaissance de l'éducation thérapeutique, que ce soit au niveau des services d'urgence (en termes d'orientation pour la suite de la prise en charge au sortir d'un épisode aigu), ou auprès du grand public.

2.13. Evolution dans l'attitude du médecin

Pour les médecins qui s'étaient le plus récemment formés, un thème a souvent été spontanément évoqué dans les entretiens : leur propre évolution, suite à une formation à l'éducation thérapeutique.

Cela s'est ressenti sur :

- la communication : « *J'utilise beaucoup les questions ouvertes. Je pense que c'est une déformation maintenant* » (M4), « *J'avais déjà cette aptitude à laisser le dialogue. Mais ça m'a incitée à le faire encore mieux, encore plus, et la façon de le faire : peut-être qu'avant je posais trop de questions plus fermées* » (M3).

- l'attitude globale : « *Ce que j'ai surtout appris, c'est cette notion de posture : j'ai conscience qu'il y a des fois où je suis très paternaliste et c'est nécessaire et des fois, et c'est le plus souvent, où j'ai tendance à échanger* » (M6).

2.14. Le bien-être ressenti par le soignant à faire de l'éducation thérapeutique

L'entretien interrogeait également les médecins sur le bien-être qu'ils attribuaient à la pratique de l'éducation thérapeutique dans leurs consultations. La question était ouverte, et accompagnée d'une échelle à remplir par le médecin, de 0 à 10, non graduée.

La moyenne des échelles était 8,1.

La moitié des médecins relevaient le « *confort dû à l'autonomie du patient* » : dans les conduites à tenir en cas d'urgence, dans les autosoins. Cela replaçait le médecin dans une relation plus équilibrée avec son patient, moins verticale, moins fatigante car évitant les conflits, faisant « *évoluer vers plus d'humain* » (M12) et plus de confiance. Un des médecins s'est exprimé comme suit : « *Dans une journée continue de consultations, ces moments-là, c'est des rayons de soleil !* » (M1).

De ce fait, l'éducation thérapeutique était citée deux fois comme une « *merveilleuse lutte contre le burn out* » (M8, M10), lié à cette position d'accompagnateur. Cela incitait à « *prendre soin de soi* » (M7).

Cette relation d'échange était décrite par quatre médecins comme « *enrichissante* »

pour le patient comme pour le soignant, aidant le médecin à réfléchir sur sa pratique.

L'éducation thérapeutique apportait du bien-être car elle augmentait le ressenti d'efficacité du soignant : « *C'est très constructif* » (M4), « *Ça me prend moins de temps au final* » (M2), « *Ça fait du bien au patient* » (M5). Un des médecins précisait : « *Valoriser les autres, ça fait du bien* » (M6).

Discussion

Maintenant que les résultats de l'étude ont été exposés, voici les limites qu'on peut lui opposer. Une discussion analytique des résultats viendra ensuite s'articuler avec une réflexion à partir de la littérature pour mieux cerner les pratiques d'éducation thérapeutique mises en œuvre en consultation et proposer des pistes de réflexion et d'amélioration.

1. Biais et limites de l'étude

1.1. Liés au type d'étude

L'étude étant qualitative, elle présente nécessairement des limites inhérentes à ce genre d'étude :

- L'enquêteur conditionne le recueil des résultats. En l'occurrence, il s'agissait d'une première expérience de ce genre d'entretien pour l'enquêtrice. Un sociologue aurait certes sans doute recueilli plus d'informations.

- Il s'agit de déclarations des participants : cela ne reflète donc pas les pratiques réelles mais leur perception de leurs pratiques.

- Pas de représentativité des données : l'échantillon des participants interrogés est petit (12 personnes). Cependant, la représentativité n'est pas ce qui est recherché dans une étude qualitative. On y cherche plutôt la saturation des données. Les données des derniers entretiens étaient, pour la majeure partie, redondantes avec celles déjà recueillies. Cela permet de conclure à une saturation acceptable des données.

- Biais de sélection des participants : celui-ci est inhérent au type d'étude. Ici, les critères de sélection ont permis une bonne diversité des profils des participants, ce qui enrichit les résultats recueillis. En effet, les formations reçues et activités des médecins étaient variées, ce qui évitait de sélectionner des praticiens ayant subi les mêmes influences et ayant des pratiques similaires.

- L'analyse thématique ouvre la porte à une certaine interprétation des données. Toutefois, les propos exposés dans les résultats sont agrémentés de citations pour rester au plus près de ce qui était exprimé dans les entretiens.

Ces différents biais typiques d'une étude qualitative ont donc été minimisés, dans la mesure du possible.

1.2. Limites liées au guide d'entretien

La question posée englobait de nombreux thèmes, ce qui est visible au niveau du guide d'entretien. La durée relativement courte des entretiens (30 à 40 minutes environ) ne permettait pas d'aborder tous les thèmes en profondeur. Ainsi, le degré de précision dans chaque sous-thème est variable d'un participant à l'autre.

Le guide d'entretien était construit pour aborder notamment les quatre étapes du guide méthodologique de la HAS. Cela aurait pu être restrictif pour des médecins qui ne suivent pas ce guide. Toutefois, l'entretien était mené de la manière la plus ouverte possible, ce qui laissait le praticien libre de décrire sa pratique, sans aborder de front la théorie de la structure de l'éducation thérapeutique. Si besoin, les précisions orales pour faire le lien avec des notions issues des recommandations étaient faites, pour explorer au mieux les thèmes du guide.

1.3. La difficulté d'interroger sur les pratiques

Les participants ont été interrogés sur leur pratique.

Cela conduit à deux écueils :

- soit les participants ont beaucoup réfléchi à leur pratique. Dans ce cas, dans leur discours, certains éléments concernaient plus la théorie que leur pratique quotidienne. Recadrer la discussion sur ces points-là n'a pas toujours été aisé. Cela conduit à avoir donc, pour partie, une analyse de ce qu'ils aimeraient faire, parfois plus que de ce qu'ils font réellement.

- soit les participants n'ont pas déjà analysé leur pratique, et il leur était difficile de verbaliser ce qu'ils font naturellement. Cela peut donc conduire à une perte de données lors de l'entretien.

2. Discussion des résultats

2.1. La conception de l'éducation thérapeutique chez les médecins interrogés

La définition de l'éducation thérapeutique est donnée par l'OMS en 1996 : "L'éducation thérapeutique du patient 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."

2.1.1. Une relation médecin-patient plus équilibrée

Toutefois, dans la pratique, l'éducation thérapeutique est perçue de façon variable par les soignants. Une étude réalisée dans l'Indre et le Loiret en 2006 auprès de médecins généralistes randomisés (3) montre la vision incomplète qu'ils ont de la nature de l'éducation thérapeutique : plus souvent définie comme un enseignement concernant majoritairement le savoir et plus rarement le savoir-faire. Cette étude définit également le mode de négociation au cœur de la relation patient/médecin dans une classification en quatre niveaux, selon Girard et Grand'maison (26) : passivité-contrôle, dépendance-expertise (relation centrée sur la maladie), coopération-partenariat (dans un contrôle relationnel égalitaire) et enfin autonomie-facilitation (relation centrée sur le patient). Le mode de négociation majoritaire dans l'étude de 2006 est du type dépendance-expertise. L'objectif de l'éducation thérapeutique est de permettre au patient de développer son autonomie, en tendant vers le niveau autonomie-facilitation, même si la relation varie sans arrêt selon les circonstances.

Les médecins interrogés dans l'étude réalisée ici mettent tous, eux, l'accent sur les notions d'autonomie et d'accompagnement du patient. En ce qui concerne le mode de négociation au cœur de la relation patient/médecin, il est partagé entre coopération-partenariat et autonomie-facilitation. La vision qu'ils ont de l'éducation thérapeutique semble donc plus précise que celle de la population générale des médecins généralistes. Toutefois, rappelons qu'il s'agit là de leur vision, non de leur pratique.

Cela corrobore les résultats de cette même étude de 2006 qui retrouvait une notion de participation du patient et de rôle de partenaire joué par le médecin plus souvent mis en avant par les médecins membres de réseaux.

Ceci paraît en effet cohérent avec leur activité en ateliers d'éducation thérapeutique

pour ceux qui en ont. Toutefois, il est important de prendre en compte que certains des médecins de l'étude n'avaient reçu qu'une formation de courte durée.

Donc soit une formation, même de courte durée, permet d'acquérir une plus fine vision de l'éducation thérapeutique, soit les médecins qui se forment ont une aptitude personnelle à concevoir la relation patient-médecin dans un type plus égalitaire ; les deux possibilités n'étant pas incompatibles.

2.1.2. Entre enseignement et apprentissage

Tous les médecins interrogés disent pratiquer de l'éducation thérapeutique, mais certains restent dans la dimension de l'enseignement, et non de l'apprentissage de la part du patient. Il est clair que leur relation est négociée, mais les techniques pédagogiques restent peu approfondies et assez proches des consultations classiques de médecine générale. Cela illustre la diversité des conceptions et des pratiques de l'« éducation thérapeutique ». Il existe donc un décalage entre leur vision et leurs pratiques, pouvant être lié à un manque formation, d'outils ou d'organisation.

2.1.3. L'éducation thérapeutique replacée au sein de l'éducation en santé

Un autre aspect abordé consiste à replacer l'éducation thérapeutique au cœur de l'éducation en santé. Il est important de lui redonner cette place, y compris dans la pratique quotidienne du généraliste. C'est ainsi qu'elle est schématisée par A. Deccache (27).

Et comme le dit B. Sandrin Berthon (11) : « Penser l'éducation thérapeutique comme une forme particulière de l'éducation pour la santé et, plus largement, de la promotion de la santé est une garantie éthique. »

2.2. Adaptations de la méthodologie du guide HAS à la consultation de médecine générale

Le guide méthodologique de la HAS structure l'éducation thérapeutique en quatre étapes.

Les entretiens font ressortir le fait que la démarche des médecins est rarement formellement structurée. Toutefois, les différentes étapes du guide méthodologique se retrouvent plus ou moins explicitement dans les consultations. Voici donc une réflexion

sur les résultats obtenus, afin de faire émerger les similitudes et différences avec la méthodologie proposée dans le guide de la HAS. Ceci permettra de mettre en avant quelles adaptations sont trouvées en fonction des contraintes d'une consultation de médecine générale.

2.2.1. Un bilan partagé

L'ensemble des médecins interrogés décrit la réalisation dans leur pratique de ce qu'on peut appeler un bilan partagé.

2.2.1.1. Une étape initiale proche du diagnostic éducatif

Ce temps est différent d'un diagnostic médical classique car il recherche notamment des éléments des sphères psychosociale, parfois pédagogique (connaissances antérieures, pratique de gestes techniques...) et motivationnelle.

On peut rapprocher ce bilan partagé du diagnostic éducatif, décrit par J. Iguenane et R. Gagnayre, qui initie le travail éducatif. Les auteurs insistent sur l'importance « que pour entreprendre [ce] travail [...], le patient doit comprendre la nécessité d'être éduqué, de même que le soignant doit comprendre ce que comprend le patient sur sa situation de santé. » (28). Il explore les dimensions bioclinique, socioprofessionnelle, cognitive, psychoaffective et motivationnelle.

2.2.1.2. Adaptations à la consultation de médecine générale

Toutefois, ce bilan partagé n'est que rarement formalisé dans la pratique des médecins. Il l'est pleinement si le diagnostic éducatif est réalisé pour adresser le patient à un réseau, l'abordant alors en une seule consultation de façon exhaustive.

En pratique, il prend souvent une allure miniaturisée : "micro-diagnostic éducatif", adaptée à la fois au motif de consultation du patient et à la durée de la consultation. Il ne s'agit plus forcément d'un diagnostic qui concerne la maladie dans son ensemble, mais un point précis de sa prise en charge. Cela est développé dans l'article d'E. Drahi (29).

L'autre possibilité est de découper le diagnostic éducatif sur plusieurs consultations, en explorant au fur et à mesure des consultations les différentes dimensions. Il s'agit là d'une adaptation à la durée de réalisation d'un diagnostic éducatif (30 à 45 minutes si réalisé en une seule fois) tout en abordant les différents champs du diagnostic éducatif autour d'une maladie.

2.2.1.3. Limites de ce qui est fait en consultation

Si des solutions ont été trouvées par les médecins pour adapter ce temps de bilan au format d'une consultation, il y a tout de même quelques limites à la forme qu'ils lui donnent :

- la miniaturisation du diagnostic éducatif engendre le risque de ne pas explorer toutes les différentes dimensions d'un diagnostic éducatif et de perdre l'idée de globalité,
- le découpage du diagnostic éducatif nécessite une organisation du dossier médical, afin d'avoir accès aisément aux différentes informations pour réaliser la synthèse du diagnostic éducatif.

Ce bilan initial doit se terminer par l'évocation d'un projet pour le patient. En effet, il est la clé qui lui permet d'avancer, qui soutient la motivation. Il s'agit également d'une aide ultérieure pour l'éducateur soignant qui « peut amener une personne à atteindre des compétences qui lui semblaient au début extrêmement difficiles, sans exercer de pression particulière » (20).

L'étude n'a approfondi ce sujet qu'avec quelques médecins. On peut donc se demander dans quelle mesure il s'agit d'une non-verbalisation de ce qu'ils font pourtant, ou si le projet du patient n'est pas un domaine exploré lors de la consultation. Il semble pourtant s'agir là d'une démarche incontournable du bilan éducatif.

Selon R. Gagnayre et P.-Y. Traynard (23), le diagnostic éducatif doit, pour conserver sa dimension pédagogique, aider le patient à comprendre, relater ses expériences, faire des liens entre les événements. Le découpage de la réalisation de cette étape peut être un frein à l'apprentissage du patient, pour lequel les liens apparaissent moins évidents. De même, la formulation d'un projet patient peut être omise. Il revient alors sans doute au praticien de maintenir le patient, d'une consultation sur l'autre, dans cette dimension pédagogique.

2.2.1.4. Le bilan éducatif partagé intégré avec méthode à la consultation

Pourtant, on peut se demander si l'important est de réaliser un diagnostic éducatif complet et précis, ou si ce n'est pas plutôt de modifier la relation médecin-patient pour ouvrir la discussion avec lui.

A ce propos, on peut reprendre l'article de B. Sandrin-Berthon dans son article « Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé ? » (30). La notion de bilan partagé qu'elle y défend se rapproche tout à fait des pratiques des médecins, notamment sur trois points :

- B. Sandrin-Berthon commence par développer la définition du diagnostic : il fait appel à l'expertise médicale et c'est une démarche de pure résolution de problème. Elle invoque la nécessité, pour s'engager dans une démarche d'éducation thérapeutique avec un patient, d'établir une relation partenariale et cite P. Lecorps : « L'éducation du patient n'est rien d'autre qu'un projet partagé dans une dynamique progressive d'échanges et d'écoute. ».

=> Dans l'étude, les praticiens interrogés cherchent pleinement à établir une relation de ce type.

- Elle évoque ensuite l'évolutivité de la maladie chronique. Un diagnostic éducatif réalisé formellement, en une fois, engendre le risque d'une vision figée de la situation.

=> Les médecins interrogés dans l'étude font, en quelque sorte, un morceau de diagnostic éducatif à chaque consultation, à chaque nouveau problème. Ce temps de bilan n'est absolument pas figé. Cela est par ailleurs inscrit dans les recommandations de la HAS : « Le diagnostic éducatif doit être actualisé régulièrement et systématiquement lors de la survenue d'un élément nouveau. » (24).

- Enfin, elle défend l'idée que la « démarche éducative devrait constituer l'amorce d'un nouveau mode relationnel entre soignant et patient », avec une capacité du patient et du soignant d'évaluer ensemble et de convenir.

=> Ceci est bien présent dans les entretiens réalisés pour l'étude. Dans la relation que les médecins ont avec leurs patients, les questions sont ouvertes et explorent différents horizons, et la réflexion est faite avec le patient, et non pour le patient.

La pratique de ce temps de bilan par les médecins mérite sans doute d'être formalisée pour en tirer le meilleur bénéfice possible : noter les éléments dans le dossier, rechercher un projet du patient, faire le lien avec le patient entre les différents éléments recueillis au fur et à mesure. Au moins, l'étude des pratiques de ces médecins montre qu'il est possible de réaliser un bilan éducatif partagé au cours des consultations.

2.2.2. Les objectifs éducatifs

Le bilan éducatif partagé avec le patient permet d'établir avec lui les objectifs spécifiques à approfondir, pour accéder au projet envisagé.

2.2.2.1. Négociés, adaptés, progressifs, sélectionnés

Dans leur discours, les médecins accordent une place importante à la négociation pour la définition des objectifs.

De plus, ils adaptent les objectifs à la personnalité du patient, aux ambitions éducatives, aux urgences (objectifs de sécurité), aux demandes du jour, au format des consultations : comme pour le diagnostic éducatif, leur durée courte (20 à 40 min maximum) nécessite une miniaturisation de la prise en charge. E. Drahi propose ainsi des « micro-objectifs » (29).

Ceci rejoint là l'approche par objectifs de J.-Ph. Assal (31), qui « est un processus qui offre au médecin la possibilité d'adapter sa demande aux capacités de son patient, l'un et l'autre se centrant sur le traitement de la maladie ». Il explique en effet l'efficacité des objectifs progressifs dans l'apprentissage : des objectifs moins ambitieux, s'enchaînant progressivement.

A ceci viennent s'ajouter les priorités d'apprentissage. Elles apparaissent dans les recommandations de la HAS (24) sous le terme de compétences de sécurité. Toutefois, il est précisé que « leur caractère prioritaire et leurs modalités d'acquisition doivent être considérées avec souplesse, et tenir compte des besoins spécifiques de chaque patient ».

2.2.2.2. Le manque de formalisation du programme

La prise en charge des patients chroniques par les médecins généralistes se fait dans la durée. Cela permet de façon naturelle la réalisation d'une succession d'apprentissages, au fil des consultations. Toutefois, l'absence de formalisation du programme éducatif, observée chez la plupart des médecins, fait craindre deux choses.

=> Risque d'absence de réalisation de certains objectifs

La première est le risque d'une absence de réalisation des objectifs, ou tout du moins, d'une partie des objectifs.

R. Gagnayre et P.-Y. Traynard prennent position à ce sujet (32) : « Les objectifs ne peuvent donc pas se limiter à quelques indications données oralement. Véritable charpente du programme d'éducation, ils doivent être au contraire très précis et rédigés, non seulement pour que le patient les lise et se les fasse expliquer, mais aussi pour servir de référence à l'ensemble des intervenants du processus. ».

Le patient, mais également le médecin, peut, au fil du temps, oublier ce qui a été convenu oralement et certains objectifs peuvent ainsi risquer d'être mis de côté. Précisons que ceci soulève la question de la multidisciplinarité en éducation thérapeutique, bien difficile à mettre en œuvre en médecine générale, du fait de l'absence de réseau d'éducation formalisé.

=> La question de l'implication du patient

Plusieurs des médecins interrogés insistent sur l'importance d'expliquer au patient l'intérêt de la démarche éducative et lui demandent son accord pour la mettre en œuvre. Le médecin s'engage, en effet, dans cette relation thérapeutique, et le patient y est ainsi clairement impliqué.

Mais lorsque l'accord n'est pas demandé, comment s'assurer alors que cet engagement est réellement mutuel ? Pour reprendre l'expression de R. Gagnayre et J.-F. D'Ivernois (33) : « Cette notion de contrat vise à modifier un rapport traditionnel de substitution soignant-soigné peu explicite, pour tendre vers un rapport d'engagement explicite et mutuel ».

Ce terme de « contrat éducatif » pourrait, dans l'absolu, dénoter une certaine coercition. Toutefois, comme présenté dans l'ouvrage de R. Gagnayre (13) :

« Il s'agit d'un engagement mutuel, un contrat d'éducation qui précise :

- le rapport que l'on souhaite établir tout en définissant le rôle de chacun ;
- la part fondamentale de la participation active du patient dans son éducation et la gestion de son traitement ;
- les expériences à conduire ensemble pour renforcer les compétences du patient mais également celles du médecin, du soignant, dans son rôle d'éducateur. »

La programmation de l'éducation est une aide pour le médecin également : l'éducation prend alors une place dédiée dans la prise en charge, permettant d'éviter son relâchement. J.-F. D'Ivernois et R. Gagnayre (20) estiment que : « Ce contrat a valeur d'engagement mutuel et renforce la motivation des deux parties contractantes. ».

C'est probablement en accordant une place particulière à l'éducation thérapeutique qu'elle sera le mieux acceptée par les patients, et que les médecins s'y consacreront le plus professionnellement possible.

2.2.3. La dimension éducative dans les consultations

2.2.3.1. Comment une consultation devient éducative

Les consultations de suivi des patients prennent une allure éducative grâce à divers procédés.

=> Des objectifs alternés

Les objectifs éducatifs à réaliser sont intégrés au déroulement de la consultation classique. La séance n'est pas entièrement dédiée à l'éducation, mais le médecin est attentif à saisir l'opportunité d'intégrer de l'éducation à toute situation.

Cela rejoint la consultation à objectifs alternés de J.-Ph. Assal (34), qui consiste à prendre systématiquement un objectif dans le sous-ensemble organique et un autre dans le sous-ensemble psychosocial. Le but est d'intégrer progressivement les différentes dimensions de l'éducation thérapeutique au suivi du patient : rechercher les répercussions somatiques, mais aussi psychologiques, familiales, professionnelles et sociales. Ceci permet un travail sur des objectifs autres que purement techniques, de façon intégrée aux différentes consultations.

=> Des techniques pédagogiques

D'autres techniques, faisant appel à la pédagogie, rendent ces consultations éducatives. On retrouve les principes évoqués notamment par J.-F. D'Ivernois et R. Gagnayre (20):

- Les connaissances préalables des patients servent de socle chez tous les médecins interrogés.
- Les méthodes utilisées au cours des consultations se veulent participatives de la part des patients.
- La séquence éducative a souvent lieu de façon rapprochée par rapport à l'expression du projet, la motivation est encore présente chez le patient lors de la consultation éducative.
- De plus, la personnalisation des objectifs permet une assimilation rapide des connaissances et gestes par le patient, car ils lui sont propres.

2.2.3.2. Les limites

L'application de ces principes permet effectivement d'intégrer de l'éducation thérapeutique aux consultations. Mais quelques limites sont à noter dans les pratiques des médecins :

=> Les méthodes participatives

Puisqu'une partie des médecins utilise des méthodes réellement participatives, c'est qu'elles peuvent être adaptées à la consultation de médecine générale. Pour améliorer l'apprentissage par le patient, elles gagneraient à être mises en œuvre plus souvent. Des outils conçus à cet effet peuvent être une aide.

En effet, l'apprentissage nécessite une mise en pratique, seul ou avec le regard d'un expert. L'expérimentation permet l'analyse de sa propre action et donc des réajustements. C'est ainsi que se passe le mieux le processus de réappropriation (23).

=> Le travail sur les compétences d'adaptation

Les compétences d'auto-soins sont travaillées de différentes façons par les praticiens interrogés. A l'inverse, les compétences d'adaptation semblent moins approfondies. Notamment, les mises en situation du patient, la résolution de problèmes sont des outils qui permettent de travailler les compétences d'adaptation et ont peu été citées. Toutefois, cela n'était pas précisément exploré au cours de l'étude, et il s'agit peut-être d'une information non exprimée mais d'une activité pourtant réalisée.

=> Les outils

Dans les entretiens, il ressort une assez faible utilisation d'outils, notamment participatifs. Affiches, classeur-imagier, bande vidéo, cédérom, brochure, représentations d'objets de la vie courante, sont cités dans le guide (9). Le site de l'IPCEM a mis en ligne en libre accès deux brochures : « Outils et ressources d'apprentissage pour l'éducation thérapeutique du patient » et « Recueil d'outils et de supports éducatifs pour l'éducation thérapeutique du patient » (<http://ipcem.org/OUTILS/outils.php>). Le but est de faire connaître les outils existants et inciter au partage. Certains des outils proposés sont adaptés à l'éducation individuelle et gagneraient à être connus. Ils peuvent être utilisés tels quels, ou personnalisés par le praticien. Ils concernent notamment le risque cardiovasculaire, l'asthme, le diabète, pathologies courantes en médecine générale.

2.2.4. L'évaluation de l'éducation réalisée

Comme l'exprime J.-Ph. Assal, dans son livre (16) : « Toute désignation d'objectif implique le fait d'évaluer s'il a été atteint ». Elle est donc primordiale.

2.2.4.1. Essentiellement formative

L'évaluation réalisée dans les consultations de médecine générale a une allure essentiellement formative : elle est intégrée au processus d'apprentissage, en validant chaque étape. Elle est réalisée objectif par objectif, conditionnant la suite des apprentissages. Très peu de médecins interrogés inscrivent dans le dossier la conclusion de leur évaluation, souvent orale.

Globalement, elle va dans le sens du guide méthodologique (9) qui préconise qu'elle mette en valeur les transformations intervenues chez le patient, qu'elle permette d'actualiser le diagnostic éducatif et de faire ainsi évoluer les actions d'éducation thérapeutique entreprises.

2.2.4.2. Centrée sur le patient

L'évaluation réalisée est unanimement centrée sur le patient.

Toutefois, comme le soulignent R. Gagnayre et P.-Y. Traynard dans leur article « éducation thérapeutique du patient » (23) : « L'évaluation de l'éducation thérapeutique tente d'apprécier les transformations qui s'opèrent chez le patient, mais également chez le soignant. Il est donc important de souligner que toute évaluation concerne simultanément le patient, le médecin et/ou l'équipe soignante. » B. Sandrin-Berthon va également dans ce sens dans son intervention au colloque sur l'éducation thérapeutique en PACA (11). En effet, le médecin lui-même en a besoin pour « éviter d'exercer un rapport autoritaire et normatif sur le patient » (33).

2.2.4.3. Plutôt bioclinique

Pour la plupart des médecins interrogés, l'évaluation se trouve être essentiellement bioclinique et seulement un peu pédagogique. Ceci va à l'encontre de ce qui est développé chez J.-F. D'Ivernois (20), qui développe trois aspects dans l'évaluation :

- pédagogique par la vérification des compétences,
- biomédicale par la mesure de paramètres biologiques et cliniques,
- psychosociale par la mesure de comportements et de modes de vie, de la qualité de vie.

Si l'évaluation psychosociale n'est pas aisée (en dehors des échelles de qualité de vie, plus ou moins maniables en consultation), il pourrait cependant être intéressant de développer l'évaluation pédagogique.

Pour ce faire, généraliser l'utilisation de cas concrets (par exemple par des cartes de Barrows : instrument d'évaluation mesurant les compétences faisant appel à la prise de décision du patient), carnets de surveillance simulés, menus simulés, grilles d'attitudes et de gestuelles, pourrait faciliter la réalisation de ce type d'évaluation.

A. Girard, médecin généraliste suisse (35) utilise la cible des facteurs de risques de l'artériosclérose, à deux temps de l'éducation : « Une visualisation de ses propres risques, pondérés par la couleur indicatrice de gravité, aide le patient à se situer et se déterminer face à la décision d'entreprendre, ou non, le traitement, le régime ou l'activité physique recommandés. Cette cible offre également l'avantage de permettre un suivi de l'évolution des risques face aux choix effectués par le patient. ».

Au total, l'évaluation est essentielle à la réalisation d'une éducation thérapeutique cohérente et efficace. Elle ne demande pas nécessairement des outils longs à utiliser et peut même servir à diverses étapes. En inclure une trace dans le dossier éducatif permettrait un meilleur suivi des compétences acquises.

2.3. L'éducation thérapeutique en médecine générale : la nécessaire intégration aux consultations

Il ne s'agit pas de choisir entre éducation thérapeutique collective et individuelle. Les deux méthodes sont complémentaires (36). Actuellement, l'éducation thérapeutique est de plus en plus développée sous sa forme collective. Mais, comme exprimé en introduction, elle ne peut être le seul apanage des structures collectives. Le médecin généraliste est, en général, le premier recours du patient porteur de maladie chronique pour les soins médicaux. Il est la porte d'entrée privilégiée dans le processus d'éducation thérapeutique (7). Dans tous les cas, son rôle est fondamental dans l'articulation entre prise en charge clinique et éducative.

L'étude a montré que la pratique de l'éducation thérapeutique apporte un bien-être aux médecins interrogés. Cela rejoint ce que J.-Ph. Assal expose dans son livre sur l'éducation thérapeutique des patients : il est reconnu que les maladies chroniques peuvent être un facteur de l'épuisement professionnel des soignants (aussi appelé burn out). L'éducation thérapeutique semble être une approche protectrice pour les soignants.

2.3.1. Les avantages d'être un médecin généraliste pour faire de l'éducation thérapeutique

S'il est donc intéressant pour le médecin généraliste lui-même de faire de l'éducation thérapeutique, il se trouve que la consultation de médecine générale est un endroit-clé pour l'éducation thérapeutique. Diverses particularités de cet exercice sont intéressantes dans le domaine de l'éducation thérapeutique :

2.3.1.1. Le temps : une prise en charge dans la durée

Le médecin généraliste voit régulièrement le patient atteint de maladie chronique, et bien souvent pendant des années. Les consultations peuvent être le lieu de temps éducatifs répétés. Cette prise en charge dans la durée permet, comme vu au travers des entretiens, de répartir les apports pédagogiques et thérapeutiques à un patient chez qui la maladie est lentement évolutive.

Ceci réalise une alternative tout à fait intéressante en regard des programmes collectifs, qui réalisent un apport massif dans un laps de temps nécessairement défini et plus ou moins bref.

2.3.1.2. Une intervention à plusieurs temps éducatifs

Comme souligné dans le livre de J.-F. D'Ivernois (20) et dans le guide méthodologique de la HAS (9), il est intéressant de faire intervenir l'éducation thérapeutique à trois phases : phase d'éducation initiale, phase de suivi éducatif, phase de reprise éducative si besoin. S'il est recommandé que les programmes d'éducation thérapeutique collective aient une offre d'éducation à chaque étape, il est évident que le médecin est tout naturellement positionné à chaque phase. Cela lui permet d'intervenir à tout moment, en support éducatif.

2.3.1.3. Le format de consultation

Les consultations, qui sont brèves par rapport aux séances collectives (30 min versus 2 ou 3 heures), permettent également d'accéder à l'attention optimale d'un patient. Comme le précise J.-F. D'Ivernois (20) : après 45 minutes d'attention, les capacités de mémorisation baissent de moitié. De plus, l'attention est rapidement débordée par un nombre trop important d'informations. Des objectifs ciblés comme proposés par certains médecins (micro-objectif) ont plus de probabilités de porter des fruits à long terme.

Ceci permet donc de respecter au mieux le rythme du patient (16).

2.3.1.4. La connaissance du patient et de son contexte

Dans la majeure partie des cas, le médecin connaît déjà son patient lors de la découverte de la maladie chronique. La réalisation du diagnostic éducatif est donc l'occasion d'aborder certains thèmes particuliers. Cependant, toutes les informations échangées prennent place dans un contexte que le praticien connaît, notamment par exemple le contexte familial.

De plus, le médecin traitant est bien placé pour ajuster au mieux les contenus éducatifs dispensés à l'hôpital au contexte et à l'histoire de vie du patient (37).

La prise en charge est donc personnalisée, les besoins spécifiques du patient sont mieux cernés (16).

2.3.1.5. La prise en charge de situations polypathologiques

Nombre de patients n'ont pas une seule, mais plusieurs maladies chroniques. Une prise en charge globale est nécessaire, car il n'est pas aisé pour un patient de suivre plusieurs programmes éducatifs. Le médecin traitant qui a en charge ce patient peut ainsi travailler les objectifs progressivement, de façon adaptée aux différentes étapes que le patient traverse pour chacune des maladies. Il peut également relier différents objectifs à atteindre.

2.3.1.6. Une réponse à une demande des patients

L'étude Entred, sur les besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques et les pratiques éducatives des médecins, a révélé que les patients souhaitent préférentiellement une éducation individuelle plutôt que collective (6).

2.3.1.7. Un avantage en termes de Santé Publique

Les médecins généralistes s'occupent d'un grand nombre de patients atteints de maladies chroniques. Comme souligné en introduction, les capacités d'accueil et l'accessibilité modérées des structures d'éducation sont un frein au déploiement de l'éducation thérapeutique. Réaliser une éducation thérapeutique de qualité dans ses consultations, pour un médecin généraliste, est un service rendu à l'ensemble de la population (37).

2.3.2. L'intégration passe par une posture éducative

L'intégration de l'éducation thérapeutique nécessite quelques adaptations par rapport aux consultations plus traditionnelles. Elle se fait notamment au niveau de l'attitude du médecin : c'est ce qu'on appelle la posture éducative.

2.3.2.1. Le développement de l'approche centrée sur le patient

Comme l'exprime B. Sandrin Berthon, lors de son allocution à « l'éducation thérapeutique en PACA » (11) : « L'éducation, [pour moi], est centrée sur la relation entre soignant et patient. »

En effet, l'étude montre bien l'évolution de la relation patient-médecin par rapport aux médecins généralistes non sensibilisés à l'éducation thérapeutique. Ceci passe par des techniques de communication qui laissent la place à l'expression du patient. Elles font appel à certains éléments de l'entretien motivationnel (13) : manifester de l'empathie, renforcer les sentiments de liberté de choix et d'efficacité personnelle, poser des questions ouvertes et avoir une écoute active.

Comme mis en évidence dans l'étude, il s'agit là d'un placement personnel, dépendant certes de la formation (en psychologie, en pédagogie), mais également de la personnalité du médecin.

La posture éducative est définie par P.-Y. Traynard (38) : « Elle vise à favoriser les transformations du patient (assurer ses soins de surveillance et de traitement) par l'écoute, l'abandon des jugements, le respect de ses projets, la prise en compte de ses savoirs d'expérience ».

A propos de cette approche, C. Attali (2) souligne qu'il faut « inciter les médecins à modifier radicalement leur mode de fonctionnement, en abandonnant définitivement le modèle de décision et de communication biomédical centré uniquement sur la maladie pour adopter en permanence une posture différente qui intègre dans la démarche décisionnelle le malade autant que la maladie. » .

La Société Française de Santé Publique (SFSP), dans les recommandations pour le développement de programmes d'éducation thérapeutique en France (39), distingue clairement la posture éducative et le programme. Le programme éducatif est un ensemble coordonné d'activités d'éducation, animées par une équipe de professionnels de santé. La posture éducative, ou démarche éducative, prend la place, chez certains soignants, de la posture injonctive ou prescriptive. Pour la SFSP, cette posture n'est pas

spontanée : elle fait appel à un certain savoir-faire, et son enseignement doit être débuté dès la formation initiale.

Ces différents avis concordent avec les résultats de l'étude : les médecins impliqués en éducation thérapeutique ont changé leur relation au patient. Cela a nécessité une remise en question, une formation complémentaire, mais s'appuyait sur une personnalité favorisant ce changement.

2.3.2.2. Des méthodes pédagogiques

La posture éducative, en plus d'être un mode relationnel centré sur le patient, se caractérise également par une volonté d'apprentissage par le patient. Elle nécessite donc d'intégrer activement le patient aux différentes activités : définition des objectifs, acquisition des compétences.

Sur ce plan, plusieurs méthodes pédagogiques existent et se côtoient dans les pratiques. Cette question est en perpétuelle évolution.

On distingue (18) :

- l'enseignement frontal, où l'apprentissage est considéré comme une simple mécanique de décodage et de mémorisation de l'information apportée par le soignant ;

- l'enseignement behavioriste, qui repose sur des situations déterminant un entraînement. L'apprentissage y est expliqué comme une modification du comportement, répondant à des stimuli extérieurs et intérieurs ;

- et l'enseignement constructiviste : le but est que l'apprenant confronte ses savoirs antérieurs aux nouveaux savoirs à construire, ce qui entraîne un changement de conception.

Dans le modèle allostérique, le plus récemment développé par A. Giordan en 1988 (40), on cherche à travailler avec l'apprenant, afin de s'adapter aux préoccupations mais aussi aux déterminants d'apprentissage de cette personne. Les caractéristiques en sont :

- induire des déséquilibres conceptuels,
- confronter ses idées,
- schématiser les messages,
- intégrer le savoir sur les concepts structurants,
- mobiliser le savoir,
- travailler le savoir sur le savoir.

Tout ceci nécessite donc de travailler à partir des conceptions du patient et de s'adapter au mode de fonctionnement personnel du patient. L'éducation thérapeutique nécessite donc une réelle participation du patient.

2.3.3. Mais aussi par des mesures stratégiques d'organisation

Toutefois, il ne s'agit pas, comme le souligne B. Sandrin-Berthon (11), de faire un choix entre posture et programme.

Les médecins interrogés dans l'étude ont certes un rapport au patient moins injonctif, mais l'éducation thérapeutique dans leurs consultations est aussi réalisée grâce à une certaine organisation.

Cette organisation est variable selon les médecins, mais globalement des aménagements peuvent être réalisés :

2.3.3.1. Dans le planning des consultations

L'éducation thérapeutique nécessite des consultations plus longues : il s'agit donc de les programmer, pour ne pas être délétère pour la prise en charge des autres patients. Cela a notamment été réalisé par le Dr A. Girard (35) : "La première clé a été celle du choix de fixer des consultations de 45 minutes pour un premier contact et de 30 minutes pour les consultations de suivi. Il fallait également réserver dans l'agenda un nombre de plages libres suffisant pour pouvoir proposer des séries de rendez-vous réguliers, marqueurs d'un processus à deux, dans le temps."

2.3.3.2. Dans l'organisation du dossier médical

Une des difficultés exprimées par plusieurs médecins de l'étude est la question de l'oubli : de l'objectif donné à la consultation précédente, des objectifs spécifiques. Hormis un médecin qui dédie une place particulière de son dossier informatisé au recueil des éléments du diagnostic éducatif, tous les autres mêlent les données plutôt éducatives aux données biomédicales.

Un dossier médical informatisé pourrait contenir, attaché au dossier patient, une partie "dossier éducatif". Il s'agirait d'un endroit où stocker les éléments du domaine du bilan partagé, pouvant ainsi être réalisé sur plusieurs consultations et réactualisé. Le programme des objectifs négociés y aurait une place. Ceci permettrait de faciliter l'évaluation, à tout moment de l'éducation. Ce dossier éducatif patient informatisé, intégré au dossier classique, reste toutefois encore à développer et à tester...

2.3.3.3. Dans l'organisation du matériel de consultation

Il s'agit là d'avoir les différents outils utilisables en consultation à portée de main. Le recueil d'outils que l'IPCEM a mis en ligne sur son site web gagne à être connu et enrichi. Les pédagogothèques des centres d'éducation (exemple : IREPS Pays de la Loire) sont également des lieux ressource pour des outils. L'INPES a mis à disposition des enseignants et des formateurs une « Boîte à outils en éducation du patient ».

Si la plupart des outils s'adressent plutôt à de l'éducation collective, des techniques existent pour l'individuel, comme par exemple :

- les cartes conceptuelles, utiles pour la réalisation du diagnostic éducatif
- les étoiles de compétences, qui permettent au patient et au soignant de visualiser et définir les compétences déjà acquises et celles à acquérir
- les cartes de Barrows : mises en situation pouvant servir pour travailler les compétences d'adaptation et pour l'évaluation des compétences.

Ces outils peuvent être personnalisés par le médecin en fonction de son activité, ce qui lui permet de mieux se les approprier.

2.3.3.4. Dans la coordination avec l'éducation thérapeutique collective

Il ne s'agit donc pas de choisir entre éducation thérapeutique individuelle ou collective, car elles sont complémentaires (36). Si, pour la plupart d'entre eux, les médecins généralistes connaissent mal les structures d'éducation thérapeutique collective (3), ceux interrogés dans l'étude ont pour habitude de les utiliser comme une « ressource ».

Connaître les limites de l'éducation thérapeutique que l'on peut réaliser en individuel et utiliser les structures relais est le garant d'une éducation thérapeutique de la meilleure qualité possible. La connaissance du réseau des structures d'éducation de proximité permet au médecin traitant de les utiliser dans sa stratégie éducative (37) : « Convier un patient à participer à des séances relève de l'éducation thérapeutique et permet d'augmenter les chances d'accès des patients à une éducation. ». En effet, certains objectifs nécessitent, pour être atteints, un temps de rencontre plus long que l'activité ambulatoire ne permet pas toujours (41). Les échanges avec d'autres patients sont également source d'apprentissage.

En terme de structure relais, le panel est de plus en plus large :

- depuis les services hospitaliers spécialisés organisant des ateliers d'éducation thérapeutique sur des pathologies ciblées,

- en passant par les structures ambulatoires : la structure est alors soit spécialisée (réseaux asthme, diabète, insuffisance cardiaque...), soit pluridisciplinaire (exemple : l'association APS à Nantes, le CETBA à Bordeaux...),

- jusqu'à un échelon local : l'éducation thérapeutique réalisée par la coordination entre les médecins généralistes et les autres professionnels de santé libéraux (infirmiers, diététiciens, kinésithérapeutes, podologues, pharmaciens,...).

Par exemple, dans les Deux-Sèvres, depuis 2004, l'association Asalée fonctionne sur le mode de la coopération entre infirmières et médecins généralistes dans le champ de la prévention et l'éducation à la santé des patients, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement médico-social. Vu son succès, cette expérience s'est étendue au niveau de quatre régions Poitou-Charentes, Rhône-Alpes, Lorraine et Bourgogne.

Cet échelon local permet de créer des partenariats pour l'éducation au plus près des lieux de vie du patient.

Toutes ces mesures permettent de réaliser une éducation thérapeutique assez poussée dans des consultations de médecine générale, tout en respectant les particularités de l'exercice de médecine générale.

Conclusion

Le lien particulier entre le médecin généraliste et son patient fait de la consultation de médecine générale un lieu privilégié et essentiel pour l'éducation thérapeutique à la maladie chronique. Le caractère répété des consultations et la durée du suivi permettent un apprentissage progressif. Pourtant, notamment à cause de leur manque de formation et des contraintes de leur exercice, les médecins généralistes ont des difficultés à réaliser l'éducation thérapeutique en consultation.

L'étude a montré que, grâce à leur investissement et leur formation, certains médecins généralistes ont trouvé des stratégies d'adaptation à leurs consultations d'une pratique d'éducation thérapeutique codifiée au niveau collectif. Un changement notable a lieu dans la relation qu'ils ont avec leurs patients. L'attitude d'écoute et d'échange qu'ils ont développée s'ajoute à une volonté de construire sur les représentations et les connaissances préexistantes de leurs patients. Tout cela a lieu au cours de leurs consultations, au quotidien. L'organisation de leur planning est également un élément clé. Au total, l'éducation thérapeutique réalisée suit une démarche logique, intégrée à la consultation.

Certaines difficultés à la réalisation de l'éducation thérapeutique dans les consultations ont ainsi été contournées. Pour généraliser ces pratiques, il est nécessaire d'améliorer la formation des médecins dans ce domaine, tant dans la formation initiale que continue. Renforcer les compétences en psychologie, en communication et en pédagogie des médecins faciliterait les échanges avec les patients, notamment face aux maladies chroniques.

Toutefois, la démarche adoptée par les médecins interrogés est très peu formalisée, et reste plutôt intuitive dans son ensemble, en particulier sur le plan de l'évaluation de l'éducation réalisée. Leur pratique fait ainsi nettement appel à leurs aptitudes personnelles. Pour rendre accessible l'éducation thérapeutique individuelle à un plus grand nombre de médecins généralistes, il manque un guide méthodologique adapté à la médecine générale pour en proposer une démarche structurée mais cohérente face aux contraintes du médecin. Le dossier médical informatisé n'est pas organisé pour contenir un dossier éducatif. Il permettrait pourtant d'approfondir l'éducation thérapeutique réalisée et d'en faciliter l'évaluation. Des outils éducatifs adaptés à l'entretien individuel sont également à développer. Le travail réalisé est une

ébauche de recueil des solutions existantes, qui demande à être complétée et approfondie par la réflexion de professionnels compétents.

L'amélioration de la qualité de vie des patients passe par l'investissement des soignants de premier recours en éducation thérapeutique à leur échelon : tant au niveau de la consultation de médecine générale, que dans la coordination avec les autres professionnels de santé libéraux (infirmiers, pharmaciens,...). C'est dans ce sens que se développent de multiples projets actuellement.

Le bien-être ressenti par les patients, mais aussi par les médecins, lors de la réalisation de l'éducation thérapeutique justifie cette volonté d'en poursuivre et d'en encourager le développement.

Bibliographie

1. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (JORF n°0167 du 22 juillet 2009).
2. Haut conseil de la santé publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours [Internet]. 2009 [cité 2011 janv 10]. Available from: http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_edthsoprr.pdf
3. Bourit O, Drahi E. Education thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret [Internet]. [cité 2011 janv 12]; Available from: <http://www.jle.com/fr/revues/medecine/med/e-docs/00/04/2F/AC/article.md?type=text.html>
4. Foucaud J, Koleck M, Versel M, Laügt O, Jeannel A, Taytard A. L'éducation thérapeutique de l'asthmatique : le discours du médecin généraliste. Revue des Maladies Respiratoires. 2003 févr;20(1):51-59.
5. Foucaud J. Etat des lieux sur la formation en éducation thérapeutique. in Rencontres HAS 2007 Table ronde 12 Comment développer l'éducation thérapeutique du patient ? 2007 Dec 17. Disponible sur <http://www.has-sante.fr/> [Internet]. [cité 2011 janv 3]; Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/cr_tr12_rencontres_2007.pdf
6. Fournier C, Gautier A, Attali C et al. Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France, 2007. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2009. 42-43. p. 460-464 [Internet]. [cité 2011 janv 12]; Available from: http://www.invs.sante.fr/beh/2009/42_43/beh_42_43_2009.pdf
7. Midy F, Dekussche C. L'éducation thérapeutique du patient en ambulatoire. ADSP. 2009 mars;(66):43-45.
8. Thelusme L. Que peuvent apporter les médecins généralistes de la Somme à l'éducation thérapeutique du patient? Enquête qualitative sur les conceptions, les pratiques, la formation en ETP de 12 médecins généralistes de la Somme : synthèse de leurs propositions. 2010;
9. HAS. Guide méthodologique. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. 2007 juin [cité 2011 janv 10]; Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
10. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. WHO/HPR/HEP/95.1. OMS, Genève, 1986 [Internet]. [cité 2011 avr 12]; Available from: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf
11. Sandrin-Berthon B. Education thérapeutique du patient en PACA : actions, recommandations, perspectives [Actes de colloque]CRES Paca, avril 2009, 8 pages. Compte-rendu des propos échangés lors du colloque régional d'avril 2009 autour de l'accompagnement et le développement des démarches d'éducation thérapeutique au service des personnes atteintes de pathologies chroniques et de leur famille. [Internet]. [cité 2011 avr 12]; Available from: [68](http://www.cres-</div><div data-bbox=)

paca.org/fiche_detail.php?from=90&ref=1424

12. Hecquard P. L'éducation thérapeutique [Internet]. 2009. Available from: <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/educationtherapeutique.pdf>
13. Simon D, Traynard P-Y, Bourdillon F, Grimaldi A. Education thérapeutique Prévention et maladies chroniques. Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2007.
14. ANAES. Recommandations pour la pratique clinique Education thérapeutique du patient asthmatique Adulte et adolescent Argumentaire [Internet]. 2001. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/education_adulte_asthmatique_-_argumentaire.pdf
15. HAS. Education thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation Recommandations [Internet]. 2007. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
16. Lacroix A, Assal J-P. L'éducation thérapeutique des patients Nouvelles approches de la maladie chronique. 2e éd. Liège: Maloine; 2003.
17. Monnat M, Rossier V, Zimmermann G. Réduction des risques au cabinet du généraliste chez les consommateurs de cocaïne : une perspective motivationnelle. Rev Med Suisse. 2009;5:916-920.
18. Golay A, Lager G, Giordan A. Comment motiver le patient à changer ? Paris: Maloine; 2009.
19. SAOUT C, CHARBONNEL B, BERTRAND D, VERRIER B. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique. Paris: Ministère de la santé. 2010 juin;41.
20. D'Ivernois J-F, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. 3e éd. Paris: Maloine; 2008.
21. Iguenane J. L'éducation thérapeutique du patient : quelle démarche ?, Développement et Santé, n°187, 2007.
22. Mosnier-Pudar H, Hochberg-Parer G. Education thérapeutique du patient diabétique de type 2. Paris: Editions médicales Phase 5; 2007.
23. Gagnayre R, Traynard P-Y. Éducation thérapeutique du patient. Encyclopédie Médico-Chirurgicale Traité de médecine AKOS. 2002;16(7-1027):11.
24. HAS. Education thérapeutique du patient Comment la proposer et la réaliser ? Recommandations [Internet]. 2007. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf
25. Europe W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Geneva, Switz: Wonca Europe. 2002;
26. Girard G, Grand'maison P. L'approche négociée Modèle de relation patient/médecin. Le médecin du Québec. Mai 1993.
27. Decache A, Education pour la santé, éducation du patient. Quelques concepts et leur signification en médecine générale, in L'éducation pour la santé en médecine

- générale. SANDRIN-BERTHON B., AUJOULAT I., OTTENHEIM C., MARTIN F. Collection Séminaires, Ed. CFES, Paris, octobre 1997, pp. 51-65. [Internet]. [cité 2011 janv 12]; Available from: <http://ofep.inpes.fr/apports/pdf/Deccache1997.pdf>
28. Iguenane J, Gagnayre R. L'éducation thérapeutique du patient : le diagnostic éducatif. Kinésithérapie, les cahiers. 29-30. Paris. 2004 mai-juin. pp.58-64. [Internet]. [cité 2011 mars 20]; Available from: <http://www.ipcem.org/BIBL/PDFOUVR/Diag.Educatif.pdf>
 29. Drahi E. ETP séquentielle en médecine générale. La Revue du Praticien Médecine Générale. 2010;24(847):539-514.
 30. Sandrin-Berthon B. Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé ? Médecine des maladies Métaboliques. 2010;4(1):38-43.
 31. Assal J-Ph. Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge. Encycl. Méd Chir, Elsevier, Paris, 25-005-A10, 1996 [Internet]. [cité 2011 mars 28]; Available from: <http://ofep.inpes.fr/apports/pdf/Assal-Texte%201.pdf>
 32. Gagnayre R, Traynard P-Y. Consultation pédagogique. Impact médecin. 1998;(404):8-12.
 33. Gagnayre R, D'Ivernois J-F. Les compétences des soignants en éducation thérapeutique. Actualité et dossiers en santé publique 2005. 2004;(52):69-72.
 34. Jean-Philippe Assal. Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité : Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge. [cité 2011 avr 12]; Available from: <http://www.em-consulte.com/article/10543>
 35. Girard A. Ma formation en éducation thérapeutique des patients atteints de maladie chronique : à quoi me sert-elle ? Education du Patient et Enjeux de Santé. 2004;22(1):7-10.
 36. Mosnier-Pudar H, Hochberg-Parer G. Education thérapeutique, de groupe ou en individuel : que choisir ? [Internet]. [cité 2011 janv 14]; Available from: <http://www.em-consulte.com/article/184316>
 37. Gagnayre R. L'éducation est possible en ambulatoire avec un patient volontaire. Le concours médical. 2008;130(18):925-927.
 38. Traynard P-Y. Conseiller une éducation à son patient pour les soins et la surveillance. Le concours médical. 2008;130(18):921-924.
 39. Bourdillon F, Collin J-F. Dix recommandations pour le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient en France [Internet]. Paris: Société Française de Santé Publique; 2008. Available from: <http://www.sfsp.fr/activites/file/RecoETP.pdf>
 40. Giordan A, Golay A, Jacquemet S, Assal J-P. Communication thérapeutique. Psychothérapies. 1996;16(4):189-193.
 41. Gagnayre R, Traynard P-Y. Utiliser les ressources éducatives du système de soin. Impact médecin. 1998;404:12-14.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Annexe 2 : Exemple d'entretien : retranscription de l'entretien avec M2

Annexe 3 : Exemple de grille d'analyse : grille d'analyse de l'entretien avec M7

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

Si besoin : « Pour commencer, j'aimerais que vous me racontiez votre dernière consultation d'éducation thérapeutique. »

ETP individuelle, qui concerne-t-elle ?

- *type de patient, pathologie, stade de la pathologie ?*

Organisation pratique de l'ETP :

- *consultations dédiées ou ETP parfaitement intégrée ? prévues / Planification des séances, fréquence des consultations, durée d'une consultation avec ETP*

Déroulement d'une séance avec de l'ETP :

La première séance d'ETP

Explication de certaines choses au patient ? Lesquelles ? Accord ?

Le diagnostic éducatif (DE)

Fait en une fois ? Morcelé ? Intégré aux consultations ? Trace écrite ?

Définition des objectifs éducatifs

Négociation avec le patient ? Alliance ?

Programme défini pour la suite des consultations ? Informel ?

Les consultations éducatives = séances d'ETP individuelles : déroulement

Stéréotypées en fonction des maladies ? Stratégie prévue ?

Techniques/modes de communication

Quels outils utilisés ? Quels supports pédagogiques utilisés ?

Trace écrite Pour le patient / Pour le médecin

Critères d'évaluation de l'effet de ces séances d'ETP

Formels ? Biologiques ? Echelles de QDV ? Autres ?

Informels ? Expression du patient ?

Difficultés, obstacles rencontrés

Coordination avec les autres intervenants :

Quelle **place** pour l'ETP individuelle par rapport à l'ETP collective ?

Quelle expérience de **coordination** ont-ils ?

2 mots ou expressions sur « pour vous l'éducation thérapeutique c'est »

Y a-t-il des choses que vous aimeriez améliorer ?

Pour finir : une petite échelle : à combien évaluez-vous le **bien-être attribué à votre pratique d'ETP** dans vos consultations ?

Bien-être attribué à la pratique de l'éducation thérapeutique
dans vos consultations :



ANNEXE 2 : Exemple d'entretien : retranscription de l'entretien avec M2

18/02/11 à son cabinet à 9h15

ND : Vu qu'on parlait de l'éducation thérapeutique, est-ce que vous pouvez me raconter la dernière consultation où vous avez fait de l'éducation thérapeutique ?

M2 : La problématique, c'est que chaque consultation, mine de rien, chaque consultation, il y a un volet d'éducation thérapeutique. Donc la dernière, c'est la dernière consultation que j'ai faite. Mais si on veut être un petit peu la cible sur une consultation où il y a eu quasiment que de l'approche éducative c'était avant hier, c'était le 15. Voilà.

ND : Quel type de patient c'était ? C'était qui ? C'était quoi ?

M2 : C'est un patient de 29 ans, qui en fait a fait un bilan de santé auprès de la caisse d'assurance maladie et qui venait par rapport au résultat

ND : D'accord. Il avait une pathologie particulière ?

M2 : Alors euh, non, non, il n'avait pas de pathologie particulière mais sur le bilan de la caisse on lui trouve un tabagisme, un cholestérol un peu plus élevé que la normale et puis il doit avoir un petit surpoids.

ND : D'accord. Donc il est venu vous voir par rapport à ces résultats pour la suite.

M2 : Mmh et puis vaccination.

ND : D'accord. Donc il y a un petit panel de choses à ... comment ça s'est passé ? Par rapport à justement ce qui pourrait relever de l'éducation thérapeutique, quel type d'échange vous avez eu, comment vous avez structuré votre consultation ?

M2 : Ben lui il venait essentiellement par rapport à son cholestérol.

ND : D'accord, c'était sa principale demande.

M2 : C'était sa principale demande en sachant que je ne l'ai pas noté là mais de mémoire on est quasiment sur 2g30 ou quelque chose qui n'est absolument pas catastrophique. Et donc, à partir de ça, on a vu un petit peu comment lui il se sentait, qu'est ce que ça représentait le cholestérol, qu'est ce que ça évoquait pour lui, donc on est parti sur les risques cardiovasculaires. En sachant que lui il a un grand père qui est décédé d'un infarctus du myocarde à 50 ans. Ça lui parlait un petit peu, le risque. Mais il fumait beaucoup, son grand père, deux paquets par jour ! Et donc on est venu à aborder quelle était sa consommation de tabac. Consommation de tabac qu'il a depuis quand même depuis l'âge de 13 ans, il en a 29, et il a commencé vraiment à fumer à partir du moment où il était au lycée. Donc ça fait déjà pas mal de temps de tabac. Voilà.

ND : Du coup vous avez abordé ce deuxième sujet après ? Ça s'est passé en continu ?

M2 : Je lui ai dit « écoutez, on va voir un petit peu la problématique telle que vous me la décrivez, c'est que vous ne voulez pas avoir le même accident, vu qu'il y a un facteur de risque. On va voir un petit peu avec vous les facteurs de risque. Donc le tabac. Alors il a une autre problématique qui est un léger surpoids. Et c'était intéressant parce qu'il ne se sent pas si bien que ça avec ce petit surpoids-là.

ND : Ca, il l'a dit à cette occasion-là ?

M2 : Oui, bien sûr.

ND : Juste pour que je resitue : c'est un patient que vous connaissez bien auparavant ?

M2 : Oui, mais que je vois très ponctuellement. Là je l'ai revu... En fait, il est quand même soucieux de sa santé. Parce que moi je l'avais vu à la fin de l'année dernière pour un certificat pour faire de la boxe française. Il fluctue au niveau poids. Il est préoccupé par sa santé. Là, par exemple au mois d'octobre, il avait perdu 9 kg. Il fait

1m78 et il fait actuellement 82 kg.

ND : Oui, donc il fluctue actuellement beaucoup.

M2 : Il fait donc quand même potentiellement une activité physique. Mais il se sent bien quand il fait l'activité physique mais c'est le yoyo aussi. La problématique intriquée avec l'arrêt du tabac, c'est qu'il craint en plus de prendre du poids. Donc y'avait tout ça intriqué.

ND : Donc tout est sorti à partir de la représentation du cholestérol.

M2 : Donc on est parti du cholestérol et après il est venu tranquillement, il est venu lui-même à parler de sa problématique de poids avec le tabac.

ND : Et c'était une consultation un petit peu initiale, en quelque sorte, pour faire le point ?

M2 : Oui, en fait il est ressorti, si on reprend la sortie, avec aucune prescription, aucune recommandation sinon que je dois lui refaire un vaccin. Et il faut savoir que la sécurité sociale, quand ils adressent un bilan de sécu ici, je ne sais pas comment ça se passe en Loire Atlantique, vous avez ça. *Il sort un petit paquet de feuilles.*

ND : Avec tous les détails.

M2 : Répartition alimentaire conseillée, l'équilibre alimentaire, là je ne vous ai pas montré mais il y avait une autre feuille sur la fiche HAS sur les risques cardiovasculaires.

ND : D'accord, donc il y a un panel d'informations écrites.

M2 : Donc la seule chose que moi j'ai vue avec lui, j'ai ressorti la feuille qu'il avait sur la HAS et je lui ai dit « Voilà, on se situe là, vous avez potentiellement un ou deux facteurs de risque. Donc votre cholestérol il n'est pas si mauvais que ça par rapport aux normes HAS. Par contre faut qu'on voit un petit peu ensemble par rapport à votre désir de mieux être dans votre corps, dans votre avenir. Donc vous avez plein d'informations. » Donc moi je lui ai demandé pour la semaine prochaine, en même temps que le vaccin diphtérie-tétanos-polyo de lire ça. Je ne lui ai pas demandé de faire une enquête alimentaire mais de voir un petit peu, comme ça, les erreurs qu'il pouvait dépister.

ND : D'accord, avec l'aide de ce document-là.

M2 : Le but, c'était qu'il le lise.

ND : Il ne l'avait visiblement pas lu.

M2 : Ah ben non, non, puisqu'il était même pas ... *Il tourne une page et en plie l'angle agrafé, faisant ainsi une trace de pliage inexistant alors.* Donc je ne lui ai même pas demandé s'il l'avait lu ou pas lu, je lui ai dit « Vous avez un support, on va en profiter. Dans une semaine on se revoit pour votre vaccin et puis on voit un petit peu par rapport aux choses que vous aurez lu et on commente et puis on voit comment on peut faire. »

ND : Donc progression par étape, à son rythme.

M2 : Oui, et sans objectif infaisable.

ND : Des objectifs adaptés à sa demande initiale, qui était sur le cholestérol.

M2 : Sur une consultation de 20 min.

ND : Voilà c'était ce que j'allais vous demander, la durée. Ordinairement vos consultations, elles font ... ?

M2 : D'habitude c'est un quart d'heure. Le problème c'est qu'il s'intègre là. C'est le premier, 9h. Ensuite il y a une consultation tous les quarts d'heure, un petit trou, etc.

ND : Ah oui, vous avez un trou tous les ... Vous prévoyez qu'elle puisse durer 20 min en fait !

M2 : Je prévois qu'elles puissent durer 20 min ou bien je peux caser là-dedans une urgence. C'est ça ma problématique.

ND : Du coup, là ça durait à peu près 20 minutes.

M2 : Oui, ça n'a pas duré très longtemps.

ND : Là, vous allez le revoir, vous prévoyez à peu près la même durée ?

M2 : Ah ben ce n'est pas compliqué, il a un rendez-vous à 9h15, le 22 et il s'intègre comme ça, donc un rendez-vous sur un quart d'heure.

ND : Qu'est ce vous gardez comme trace, après une consultation comme ça ?

M2 : Qu'est-ce que je garde comme trace ? C'est sur le dossier médical. J'utilise assez facilement le truc SOAP, le motif.

ND : Le ... ?

M2 : Vous ne connaissez pas ?

ND : *(rit)* Non, je n'ai pas cette chance !

M2 : Le Signe – Observation – Action – Prescription. Là c'est MECA : Motif – Examen – Conclusion – Action. Ça revient au même. Donc j'ai mis des petits mots : le motif c'était « suite bilan sécurité sociale », action: « rappel repevax à faire, activité physique, équilibre alimentaire et physique, parce que c'est lui qui m'a parlé de son mieux-être quand il fait de l'activité physique. Donc le biais ça va être ça. Je lui ai bien précisé que l'activité physique ne faisait pas perdre de poids. Et ça, lui il me l'a renvoyé en me disant « Oui, je sais. Mais je me sens mieux ».

ND : C'est plus dans le mieux-être que dans le résultat.

M2 : Voilà. En plus je ne voudrais pas aller dans l'échec parce que vu le yoyo qu'il fait... Donc j'ai mis « tabac à partir de 13 ans. A revoir dans une semaine pour le vaccin. Aura pris connaissance de tout le laïus sécu, on en rediscute alors. »

Téléphone du bureau sonne, pause.

ND : Du coup, là en pratique, vous avez des objectifs un peu informels. Vous avez discuté un peu des buts à atteindre.

M2 : Pas encore tout à fait. Le but global, c'est le mieux-être et le but clair aussi c'est de ne pas voir un accident vasculaire à l'âge de 50 ans comme son grand père.

ND : Ça, ce sont ses peurs et son envie. Ce sont ses projets en quelque sorte. En fait, cette consultation me fait penser à un diagnostic éducatif. Est-ce que c'est fait dans cet esprit-là ou est-ce que c'est le hasard ? Comment ça se passe pour vous ?

M2 : Non, ce qui est choisi, c'est par rapport à notre entretien. *(rit)*

ND : Oui, je me doute bien que c'est une consultation choisie !

M2 : C'était la première qui est la plus « cadrant avec l'éducation thérapeutique ».

ND : D'accord. Mais c'est quelque chose que vous faites... Vous ne l'avez pas faite pour moi cette consultation !

M2 : Ah ben non !

ND : Vous l'avez faite parce que c'est dans votre pratique ?

M2 : Parce que c'est dans la pratique, oui, bien sûr. Et au quotidien, c'est quelqu'un qui vient pour sa tension, c'est de revoir, systématiquement, l'activité physique, la globalité : comment est gérée leur ... Parce que l'objectif, ce n'est pas d'avoir un chiffre à 14/8, c'est qu'au final il y ait le moins de problème possible et que les gens se sentent mieux.

ND : Ce qui m'interpelle dans cette consultation que vous avez eu avec lui, c'est que

vous avez vraiment questionné ce que c'était pour lui le cholestérol, des questions très ouvertes. C'est des façons de faire que vous avez fréquemment dans ces consultations ?

M2 : Ah ben oui parce qu'en plus, ça c'est appris ! (*rit*)

ND : Il y a forcément de l'apprentissage !

M2 : Les questions ouvertes, ça, c'est ce que j'essaie de faire passer à mes internes.

ND : Et c'est un mode de questionnement que vous utilisez particulièrement ou pas plus que ça ?

M2 : Systématiquement. Ma première question, c'est : « Je vous écoute, vous venez pour quoi ? »

ND : Le laisser parler. Est-ce que vous utilisez d'autres « techniques » de communication ?

M2 : Oui, bien sûr. La reformulation, l'écoute active.

ND : D'accord. Ça aussi c'est des choses que vous avez apprises plus ou moins récemment ou c'était dans votre habitude d'être ?

M2 : C'est plus conscient depuis 4 – 5 ans.

ND : Qui correspond à ?

M2 : Qui correspond à la formation pour faire de l'enseignement.

ND : C'est par ce biais-là que vous avez un petit peu évolué dans votre pratique ?

M2 : Oui c'est un peu Molière quand on fait de la prose sans le savoir. Peut-être que j'avais une écoute ... des principes d'écoute active mais...

ND : Vous l'avez formalisé.

M2 : Oui, et plus élaboré. Je pense.

ND : Visiblement !

M2 : Et qu'est-ce que vous en pensez, vous, de l'écoute active ?

ND : (*rit*) Ce que j'en pense ?! Eh bien si vous voulez, on peut en parler dans un quart d'heure !

M2 : On peut repartir ! (*rit*)

ND : Mais c'est plutôt votre entretien que le mien pour l'instant ! Du coup je me demandais : là, vous ne l'avez pas encore revu. Mais dans l'absolu, ces patients que vous revoyez, pour lesquels vous avez l'éducation thérapeutique très intégrée dans vos pratiques : sur quoi vous basez vos évaluations ? Si je comprends bien, vous avez une attitude, un questionnement assez ouvert au début, qui vous permet de vous faire une bonne idée de la consultation, de fixer des objectifs ensemble à long terme et du coup de faire une évolution progressive. Et du coup, est-ce que dans tout ça il y a une évaluation ? Sur quel type de critère vous évaluez ?

M2 : Comme vous avez dit : sur les objectifs qu'on s'est fixés ensemble. Les objectifs là en l'occurrence, ça va être sans doute des objectifs concrets, parce que les patients ils ont besoin : il est revenu pour son cholestérol, 2g30.

ND : Donc ça va être sur un chiffre biologique ?

M2 : Donc il va y avoir des objectifs que moi en tant que professionnel je vais lui fournir comme étant actuellement le dogme. Ca, ça va lui parler, parce qu'il y a une culture : c'est pas 2g29, c'est 2g30. Enfin bon bref.

ND : Donc ça va être un critère biologique pour lui ?

M2 : Ça va être un critère biologique par rapport à sa santé, ça va être le tabac, je lui en ai déjà parlé. Donc moi, mon objectif, ça va être le tabac. Donc là il va falloir qu'on voit ensemble par rapport à ce qu'il peut dans le contexte que je ne connais pas encore : c'est à dire que là je suis incapable de dire s'il vit en couple, pas en couple, je sais qu'il n'a pas d'enfant, je ne sais pas si l'autre élément du couple, s'il vit en couple, fume, fume pas, a les mêmes objectifs, je ne connais pas bien son contexte de travail, etc. Donc là je vais essayer de voir, mais moi, ça va être petit à petit de lui faire comprendre que pour sa santé, c'est le tabac.

ND : Il en avait parlé déjà, à la première consultation ? Il l'a déjà évoqué comme étant ...

M2 : Là, oui, mais visiblement il n'est pas prêt.

ND : Vous dites bien c'est votre objectif, c'est ça, hein ?

M2 : Moi c'est mon objectif.

ND : C'est le vôtre, pour l'instant, plus que le sien. Le cholestérol c'est le sien aussi ?

M2 : Oui, et le mieux-être.

ND : Et le mieux-être, comment vous allez l'évaluer ? C'est un objectif.

M2 : C'est son ressenti à lui.

ND : Ça sera informel ?

M2 : Ah oui, complètement. Je n'ai pas de score, d'échelle.

ND : Vous n'utilisez pas de support de...

M2 : Non, non. Par contre, comment il se sent, c'est déjà pas mal.

ND : Simplement en ressenti et en expression.

M2 : Et donc un autre critère qui peut lui parler pour lui aussi, mais là je vais faire attention : c'est le poids.

ND : Ça va être une surveillance.

M2 : En sachant que là je vais prendre ma casquette un peu « médecine du sport » et on va voir un peu qu'est-ce qu'il a comme ressenti de poids de forme, est-ce qu'il a un objectif lui, par rapport à son sport.

ND : Du coup, ce patient, c'est un très bon exemple que vous avez réussi à retrouver. Pour quel autre type de pathologie vous diriez que vous faites de l'éducation thérapeutique ? Sur quoi vous ciblez principalement ?

M2 : Vraiment, les problématiques, ça va être sur sa diététique, sur le tabac et sur son activité physique.

ND : En fait ce que je voulais demander, c'était dans l'ensemble de vos consultations de façon générale, pour tous vos patients ? Pour quelles pathologies ?

M2 : Ah oui d'accord. Eh bien il y a les pathologies endocrino : diabète j'en ai quand même quelques uns. Sur l'asthme j'en ai moins. Sur les problèmes de poids, de cholestérol.

ND : De tabac, de cholestérol. Vous avez cité la tension tout à l'heure.

M2 : Oui, oui.

ND : Essentiellement ?

M2 : Pff oui mais on fait de « l'éducation thérapeutique » quand on voit les mères, pour les allaitements, pour les enfants quand ils ont de la fièvre, pour la globalité en fait. La problématique c'est l'accompagnement, c'est comment les patients peuvent assumer des problématiques en les accompagnant ? Donc c'est quasiment tout : c'est la

surveillance de leur naevi : comment se regarder dans la glace, à quel rythme, quels sont les critères pour quand il y a un naevus qui peut faire penser être un vilain petit canard et puis non exposition au soleil. Des informations, savoir comment ils font et pourquoi ils ne font pas alors qu'ils savent que...

ND : Trouver, comprendre ces mécanismes.

M2 : Oui, oui.

ND : Donc effectivement dans toutes vos consultations en fait. Mais du coup, je me demandais, si vous deviez me donner deux mots, qui représentent pour vous l'éducation thérapeutique, ce seraient lesquels ?

M2 : Euh, accompagnement et ressenti du patient.

ND : Je vais juste les noter.

B: *rit*

ND : Ça vous fait rire ?

M2 : Je ne sais pas pourquoi j'ai dit ça mais...!

ND : Vous pouvez les modifier !

M2 : Non, non, ça me va bien.

ND : Très bien. Et je repensais aussi au diabète parce que vous êtes adhérents au réseau diabète, les réseaux – je dis les réseaux parce que je ne sais pas si vous fonctionnez avec d'autres réseaux -.

M2 : Si, si.

ND : Est-ce que vous les utilisez dans votre pratique ? Est-ce que ça fait partie de l'éducation thérapeutique ?

M2 : Le diabète c'est clair dans la mesure où en plus il y a une évaluation, un projet thérapeutique avec une évaluation avec F. M*** qui est déjà venue pour quelques patients à moi pour voir un peu quels étaient ... elle fait des entretiens aussi donc là on est complètement dans la collaboration, dans l'écoute en plus avec d'autres mécanismes d'écoute puisqu'elle elle a pas forcément les mêmes informations fournies par le patient que moi j'ai comme informations.

ND : Donc c'est la collaboration entre vous ?

M2 : Donc là on s'est vus pour une dizaine de patients pour voir un peu qu'est ce que les patients avaient comme projet avec elle et qu'est ce que moi j'avais ressenti comme besoin et demande des patients et on a revu les objectifs qu'on pouvait avoir en commun.

ND : En fait je ne connais pas cette personne et je me demande...

M2 : En fait vous avez dû voir F. A*** et Mme M*** elle est infirmière mais justement dans l'éducation thérapeutique.

ND : Et elle fait des entretiens individuels ?

M2 : Elle fait des entretiens individuels.

ND : D'accord. Et vos patients donc vous les orientez vers les réseaux, c'est ça ?

M2 : Pour le diabète, oui, quand ils ont un diabète oui. Alors la problématique c'est que je suis dans un autre réseau mais c'est un réseau un peu particulier : le réseau ville-hôpital, c'est pour les migrants. Autrement je vais sans doute intégrer le réseau périnatal.

ND : Et comment vous situez l'éducation thérapeutique qui est faite là bas par rapport à celle que vous faites dans votre cabinet ?

M2 : Collaboration. Oui, on a le même objectif commun qui est l'amélioration de la qualité de vie du patient.

ND : Et je me demandais, dans les réseaux, ils utilisent assez souvent des... déjà c'est souvent collectif les séances éducatives et ils utilisent pas mal d'outils. Est-ce que vous utilisez vous aussi des outils dans vos consultations pour certaines pathologies ?

M2 : Non.

ND : Des outils éducatifs ou des outils pédagogiques ?

M2 : Si, de temps en temps, du visuel. Mais c'est du visuel pour ... Si c'est important parce qu'ils n'ont pas conscience de pas mal de leur corps.

ND : Au niveau anatomique alors ?

M2 : Au niveau anatomique, le visuel ça peut être intéressant. Je ne sais pas si vous connaissez ça... (*Il sort un petit livre*) Par exemple sur la prévention cardiovasculaire, on peut leur montrer un peu comment il y a la plaque d'athérome etc...

ND : D'accord. C'est plusieurs pathologies ? Je ne connais pas ce classeur.

M2 : Oui.

ND : Atlas de bonne observance. Tout un programme. Cardiologie, gastro, rhumato, dermato, gynéco, neuro, ophtalmo...

M2 : C'est-à-dire comme ça, ça leur permet d'intégrer, pour ceux qui peuvent, d'intégrer des images, ce qu'ils ressentent en fait ils peuvent ...

ND : Oui, c'est un support.

M2 : Voilà. Alors ça marche, ça ne marche pas... C'est un outil. Comme autre outil, je ne vois pas.

ND : Est-ce que vous ressentez des difficultés à mettre en œuvre l'éducation thérapeutique dans vos consultations ou est-ce que ça ne pose pas de difficulté ? Est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez améliorer ?

M2 : Je pense que le critère temps est un problème parce que pour faire un diagnostic éducatif, à mon avis même en scindant les choses, ce n'est pas...

ND : C'est la durée de la consultation ?

M2 : C'est la durée de la consultation et aussi ce n'est pas que la représentation que se font les patients d'une consultation médicale.

ND : Vous pouvez m'expliquer ?

M2 : C'est-à-dire que, quand ils vont me voir, ils vont me voir peut-être comme celui qui sait, celui qui va donner une solution et qui va rassurer et qui va permettre de guérir ou d'améliorer les choses. Donc ils viennent me voir peut-être pour ça. Et l'éducation thérapeutique ne va pas leur fournir de réponse, va plutôt leur donner des interrogations, et peut les angoisser. Alors qu'ils cherchent une assurance. Et en plus ils ne vont pas ressortir avec une ordonnance.

ND : Exemple ce monsieur...

M2 : Bah voilà... Donc problématique il peut y avoir... Il y a une éducation aussi à faire de leur représentation du médecin.

ND : Ça c'est freinant aussi pour vous ?

M2 : Ah bah oui, parce que le médecin que je vais voir égale diagnostic traitement guérison, c'est pas ça. S'il a cette représentation-là, il va déjà falloir qu'il y ait une éducation pour se représenter le médecin comme quelqu'un qui peut accompagner dans la vie pour aller mieux mais qui ne va pas forcément être le gourou, le coach ou

celui qui va...

ND : Pas les mêmes représentations... D'accord.

M2 : Ça, c'est un obstacle.

ND : Je regarde juste un petit peu l'heure, je pense qu'il va falloir que je vous libère !

M2 : Allez y, ce n'est pas grave, j'ai prévu de recommencer mes consultations à 10h donc dans 3 minutes.

ND : C'est parfait ! Je vous fais une dernière petite question.

M2 : J'ai un truc qui... (*pianote sur son ordinateur*) Allez-y.

ND : Juste avant la dernière question, une avant-dernière ! Je pensais à ces diabétiques que vous voyez régulièrement, est-ce que d'un diabétique sur l'autre, le schéma des objectifs de la façon dont vous allez progresser est un peu la même chose ? Ou est-ce que c'est parfaitement adapté à chacun ?

M2 : Non. Les objectifs des patients diabétiques, c'est complètement individuel.

ND : Vous n'arrivez pas avec une grille en vous disant, c'est un diabétique, la première fois on va parler de ça, la deuxième fois de ça...

M2 : Non. Parce qu'en plus ça dépend si on ... par contre d'une consultation sur l'autre, je peux me dire « Tiens il va falloir que la prochaine fois »... Ca, ça va être comme ça. Mais je n'ai pas un schéma par pathologie, non. Par contre, j'ai certainement des objectifs dans un cas d'urgence. C'est sûr que, j'ai un patient qui fait 3g de glycémie, je vais être pas forcément dans l'attente, on va essayer d'avoir un objectif qui va être de faire baisser la glycémie. Mais bon, après, c'est... je crois qu'il faut s'adapter et puis on se revoit !

ND : Très bien. Est-ce que vous diriez que ça vous apporte du bien-être l'éducation thérapeutique dans votre pratique ? D'avoir changé un petit peu votre... enfin pas forcément d'avoir beaucoup changé, mais d'avoir instauré vraiment cette façon de faire dans votre pratique, est-ce que ça vous apporte du bien-être à vous ?

M2 : Euh... Du bien-être, très certainement dans la mesure où ça permet... où ça ne correspond pas à un conflit. C'est-à-dire que je ne me force pas. L'éducation thérapeutique, c'est aussi une manière relationnelle avec les personnes, donc c'est aussi un relationnel avec tout un chacun. Le mal-être c'est quand il y a un conflit. Euh... les patients ils adhèrent facilement à ce type de ... Parce que le patient il a besoin de parler. Donc on parlait par exemple des questions ouvertes : le fait de dire « Racontez-moi ce qui va pas », ben il va dire... Et puis là il faut prendre le temps, lui laisser le temps d'exprimer. Une fois qu'il a exprimé tout, voilà ! Les patients ils adhèrent plutôt à ça !

ND : Et vous aussi du coup ?

M2 : Oui, parce que ça me prend moins de temps au final ! (*rit*)

ND : Vous allez me placer sur cette petite échelle, le bien-être que vous attribuez à l'éducation thérapeutique dans vos consultations.

M2 : Bien-être attribué à la pratique de l'éducation thérapeutique dans vos consultations. Comme ça.

ND : Une échelle. En petite synthèse.

M2 : Alors... quand ça s'est bien passé ?

ND : De façon générale. Est-ce que vous êtes content d'en faire ?

M2 : Ah oui, clairement. Si je ne pouvais faire que ça, ça serait bien.

ND : C'est très encourageant comme réponse !

M2 : Ah mais oui, là je crois qu'on est des acteurs pour faire en sorte que les gens aillent mieux ! L'éducation thérapeutique c'est aussi... on en fait beaucoup dans le soutien psychologique. On fait des thérapies quasiment sans le savoir. Le patient il ne le sait pas non plus. Ce qui se crée dans le relationnel, c'est...

ND : C'est très fort.

M2 : Ça peut être très fort comme ça peut être aussi...

ND : Comme il peut ne pas y avoir d'accroche !

M2 : Comme il peut y avoir des problématiques !

ND : Très bien. Je ne veux pas vous retenir très longtemps, là je crois qu'il est 10h. A moins que vous n'ayez envie d'ajouter quelque chose !

M2 : Non, non. Je crois qu'il y a un gros souci. C'est ... Pour qu'il y ait un passage d'informations il faut arriver à peu près au niveau... Et je crois que le ... Il y a vraiment une éducation à faire pour les étudiants en médecine et également pour les patients. C'est-à-dire revoir un peu l'image que se font... Et on parlait des outils, il y a un outil quand même que j'utilise, et encore il n'y a pas tellement longtemps. J'ai pris du temps pour expliquer une électrophorèse, c'était il y a ... avant-hier avec la patiente qui a une IgG lambda. Et il y avait sa fille. Et sa fille je lui ai dit « Ecoutez, voilà. » J'ai donné de l'info et tout. Là c'était plus de l'info que de l'éducation thérapeutique Et puis j'ai dit « Ecoutez, moi je vais vous donner... Vous tapez sur google « myélome et faculté de Rouen » » Parce qu'elle était suffisamment... potentiellement elle avait la possibilité d'elle-même accompagner sa mère par rapport à la problématique. Et je lui ai dit « Ecoutez, là vous allez peut-être pas saisir toutes les informations. Par rapport à ce que je vous ai dit, vous allez voir que c'est l'attitude qui est prise maintenant et puis si vous avez des problèmes, vous n'hésitez pas à revenir et puis on en rediscute. »

ND : Donc l'outil c'est internet ?

M2 : L'outil, c'est internet. Beaucoup. De plus en plus.

ND : Ça vous l'utilisez effectivement comme...

M2 : Pour le vaccin de la grippe, ça a été « Vous tapez atoute et puis vous allez voir sur le site... »

ND : Faites-vous votre idée et on en reparle.

M2 : Et ils m'en reparlent. Un peu comme le patient là : c'est « Vous avez l'info, moi je peux vous aider à la digérer, à l'intégrer et à la valider. »

ND : C'est très intéressant, de l'avoir formulé comme ça.

M2 : Oui mais l'outil internet, les gens, ils y vont dessus. Et puis moi sur le myélome, je suis allé voir ce qui y était dit.

ND : Oui, avant de lui recommander d'y aller.

M2 : Et idem pour la contraception. Un domaine majeur à mon avis qu'on n'a pas cité tout à l'heure, mais c'est sur la contraception, c'est clair. La contraception, c'est une catastrophe, parce que les autorités ont essayé de faire passer un message du choix. C'est à dire : « Vous avez l'information, mais c'est vous qui choisissez ». C'est-à-dire vous avez un panel de truc... Alors qu'actuellement, ce n'est pas du tout ça. Vous venez me voir pour une première contraception, si vous venez me voir, je vais vous dire « Et vous, vous pensez... qu'est ce qui serait bon pour vous ? Vous connaissez les ... Qu'est-ce que vous connaissez comme moyen de contraception ? Oui, la pilule ? Vous m'avez cité le stérilet ? Ça représente quoi le stérilet pour vous ? »

ND : Ça vous le faites aussi...

M2 : C'est essentiel. Et ce qu'on apprend de manière catastrophique à la fac, c'est

exactement ce que vous avez dit tout à l'heure : vous avez une grille par rapport à la contraception. C'est vos dernières règles, des douleurs, pas de douleur etc. Bon ben voilà je vais vous donner ça mademoiselle, vous allez voir, ça va être excellent pour vous. On se revoit dans 3 mois.

ND : Attitude... enseignée.

M2 : Alors aussi : « Vous désirez la pilule, vous avez pensé que c'est mieux pour vous, ok. Est-ce que vous savez comment ça se prend la pilule ? Dites moi un petit peu, vous connaissez des copines... Et puis les effets secondaires ? Est ce que dans votre entourage des amis à vous ont eu des problèmes avec la pilule ? Citez-moi. » Donc là on voit les ressentis, les représentations et puis on peut corriger ou pas.

ND : Sur quoi on peut travailler ensemble.

M2 : C'est-à-dire que si on ne sait pas ce que, comment elle sait que ça se prend, si c'est tous les jours à la même heure, pas à la même heure, ... Et en fait on gagne du temps parce que déjà on part sur l'information qu'elle a, qu'on peut corriger et on ne refait pas tout. En plus, si on refait tout, on est obligé de savoir si en feedback elle a intégré tout ce qu'on a dit. Donc il va falloir qu'elle reformule, elle, savoir comment... Donc l'éducation thérapeutique, les questions ouvertes, c'est vachement plus...

ND : En fait, vous gagnez du temps.

M2 : Moi je pense que ça gagne du temps. Et les consultations de contraception, je pense que ... Je fais des consultations au planning familial, avec un ressenti de manque actuellement : là le ressenti, il serait pas bon sur l'échelle, parce que j'avais au planning familial il y a quelques années, on travaillait en équipe. C'est-à-dire que les patientes étaient vues par des conseillères qui faisaient quasiment un diagnostic éducatif mais sans le nom de diagnostic éducatif. C'est-à-dire le mode de vie, etc, elles montraient des plaquettes de pilule, elles montraient un stérilet, les anneaux à l'époque, ça n'existait pas, mais elles montraient les différents... Et puis vous touchez, vous regardez, qu'est ce que vous en pensez... Et ça, ça ne se fait plus du tout. Et ça, c'est vraiment très dommageable parce que, moi j'ai appris beaucoup, parce que elles voyaient les jeunes filles, moi je les voyais et puis après on confrontait aux besoins. Et puis de temps en temps, c'était : « Ah oui, elle t'a parlé de ça ! Moi elle m'en a pas parlé » ou l'inverse ! Et donc ça permettait de voir aussi des biais et en fait pour elle, elles avaient... je pense que c'était ... très bien pour elles, parce qu'elles avaient été écoutées avec plusieurs biais d'écoutes. Donc je pense que ça se passait très bien.

ND : Mais je repensais à ce que vous disiez quand vous disiez que les patients ont une représentation du médecin qui n'est pas, voilà...celle du soignant qui donne, d'habitude. Et qu'est-ce qu'ils en pensent, vos patients à vous, à votre avis, de votre attitude à vous qui n'est pas celle-là ?

M2 : Je ne sais pas ! (*rit*) Ils reviennent ! ... Ou ils ne reviennent pas ! Parce que ça peut être angoissant.

ND : Vous l'avez constaté, déjà ?

M2 : Non.

ND : Pas si angoissant que ça en fait...

M2 : Oui, et puis moi j'ai aussi un exercice en groupe. Donc les patients chez qui ça ne passe pas bien au niveau... ils vont peut-être ... ou sans que... ils ont le choix. En plus, on est 4, et on est quand même tous... E***, elle est jeune installée avec nous, mais que ce soit S*** ou J***... J*** il est encore plus dans l'empathie que moi. Je suis... Alors lui c'est... S*** ... oh, on a à peu près les mêmes approches. Lui, il s'est inscrit dans du Balint, là ! (*rit*) Moi j'en ai fait quand j'étais plus jeune...

ANNEXE 3 : Exemple de grille d'analyse : grille d'analyse de l'entretien avec M7

1	Cible de l'éducation thérapeutique individuelle (pathologie)	<p>Douleur chronique Diététique, prise des médicaments, perte de poids Contraception : ça nécessite des stratégies d'autonomie de la personne qui prend sa contraception Diabétique Souffrance psychologique Résultats d'analyse Asthmatiques</p>
2	Organisation pratique de l'éducation thérapeutique (intégration, durée)	<p>Pour moi, l'éducation thérapeutique est intégrée à la consultation. Ça me paraît très artificiel de vouloir scinder des patients ou des pathologies pour lesquels on fait de l'éducation thérapeutique ou des consultations pour lesquelles on ne fait pas d'éducation thérapeutique.</p> <p>Je les revois plus souvent. Au moins au début de leur maladie.</p> <p>ND : Il n'y a pas de difficulté pour les patients à venir vous voir plus souvent, ce n'est pas quelque chose qui est ressenti comme difficile ? M7 : Non, je ne crois pas. Ni pour eux ni pour moi.</p> <p>J'ai déplacé ma pratique vers les pathologies chroniques plutôt que vers les pathologies aiguës</p> <p>Je prends des rendez-vous toutes les demi-heures. / De façon générale</p>
3	Explications, accord	<p>Toujours vérifier que le patient est d'accord. Il sera toujours d'accord. Mais ce n'est pas parce qu'il a dit oui qu'il est d'accord.</p>
4	Diagnostic éducatif (+ trace)	<p>Il y a toujours un savoir, un pré-acquis des patients. Les patients savent toujours quelque chose sur leur maladie. Donc à la fois des connaissances, des représentations, des croyances. Donc ça c'est le point de départ.</p> <p>Donc c'est d'abord explorer ce que le patient sait. Par exemple pour un patient qui vient avec ses résultats de glycémie, la première étape c'est de ne pas regarder ses résultats. Et de lui demander : « Qu'est-ce que vous en pensez ? »</p>

	<p>Je démarre souvent mes consultations en demandant : « Est-ce que pour vous il y a une explication ? »</p> <p>On est déjà dans un entretien d'explicitation.</p> <p>M7 : Dans le dossier. En essayant d'écrire le plus possible ce que le patient a dit. ND : Plutôt du mot à mot que de la reformulation ? M7 : Plutôt les mots exacts, pas forcément du mot à mot, mais en tout cas les mots-clés. ND : C'est intégré dans la consultation, ce n'est pas quelque chose à part ? M7 : Dans la consultation.</p> <p>Micro-diagnostic éducatif, micro-objectif, réalisation par le patient du micro-objectif, réévaluation avec le patient à la consultation suivante.</p>
5	<p>Objectifs éducatifs (négociation, programme)</p> <p>Donc on est là dans une négociation, dans une décision partagée sur le choix d'un endroit pour faire un examen complémentaire, qui appartient à la patiente, qui n'appartient pas uniquement au médecin. Donc cette notion de décision partagée, c'est vraiment l'essence de l'éducation thérapeutique.</p> <p>On a pris une décision commune.</p> <p>Stratégie de sécurité, c'est de mettre un diagnostic sur cette douleur. Elle est prioritaire dans la hiérarchie de temps et d'importance aujourd'hui,</p> <p>C'est une stratégie de sécurité qui est prioritaire à un moment donné.</p> <p>Il y aura d'autres processus éducatifs à d'autres moments.</p> <p>L'essentiel de cet entretien d'explicitation, c'est d'arriver à une conclusion partagée avec ce patient.</p> <p>A partir de là, il faut se fixer un objectif, alors soit pour la prochaine consultation ou soit entre les deux consultations.</p> <p>On a fixé un micro-objectif qui va être de faire un recueil alimentaire. On a défini un problème : le poids. L'action, c'est celle que le patient va faire entre les deux consultations. Et à la consultation suivante, on sera côte à côte et le patient va faire le débriefing.</p>

	<p>ND : Ce « programme » avec le patient, c'est quelque chose d'évolutif et d'informel. Ce n'est pas défini. M7 : Il est très formel. ND : Il est très formel ? M7 : Il est très formel. C'est-à-dire qu'il y a vraiment un micro-diagnostic éducatif, il y a vraiment un micro-objectif, il y a vraiment une micro-action, il y a vraiment une micro-évaluation. Ça, c'est purement formel. Ce qui n'est pas formel, c'est qu'on va adapter d'une fois sur l'autre les objectifs pour la suite.</p> <p>Les micro-objectifs qui seront pertinents pour lui à ce moment-donné de sa maladie. Dans l'ordre qui est le plus pertinent.</p>
6	<p>Séances éducatives (outils, déroulement, trace)</p> <p>Relevé alimentaire sur une semaine</p> <p>Et à la consultation suivante, on sera côte à côte et le patient va faire le débriefing.</p> <p>On va travailler sur finalement quels sont les problèmes qu'il y a dans ce recueil alimentaire. Donc ce que le patient décrit.</p> <p>De faire un recueil sur le nombre de crises qu'il a faites, le nombre de jours où il a été essoufflé, j'ai un auto-questionnaire standard pour les patients, le nombre de bouffées de ventoline qu'il a prises, les problèmes qu'il a rencontrés avec son asthme, on peut utiliser les lecteurs de glycémie, on peut utiliser le peakflow, le débitmètre de pointe. On peut avoir un agenda de sommeil pour les gens qui ont des problèmes de sommeil. Enfin, tous ces outils-là, qui permettent au patient d'avoir une pratique réflexive, d'avoir une première analyse, un recueil de sa pratique. Donc c'est très proche de ce que font les médecins en formation. D'avoir un recueil de sa pratique pour pouvoir faire une analyse de sa pratique et faire une analyse partagée avec le médecin. Tous les outils que vous pouvez avoir sont à utiliser. Que vous pouvez trouver plus exactement, et qui sont validés, sont à utiliser. Ça peut être pour le sevrage tabagique le dossier de tabacologie de l'INPES qui est le premier outil du sevrage.</p> <p>Des outils de la pratique réflexive du patient</p> <p>ND : Qui sont utilisés en consultation uniquement ? M7 : Oui, par exemple une échelle HAD.</p> <p>J'ai des imagiers, mais finalement je les utilise peut-être deux ou trois fois par semaine. Très peu.</p>

7	Communication	<p>Il y a des techniques d'entretien, c'est clair.</p> <p>Si vous posez des questions ouvertes, vous avez toutes les chances d'avoir des réponses ouvertes.</p> <p>La première chose plutôt, c'est comment vous débutez la consultation. C'est les trois premières secondes. Et la première minute. C'est-à-dire si c'est le médecin qui commence à poser une question au début de la consultation, c'est fini. C'est à dire qu'on se retrouve devant un médecin qui mène la consultation. Et le patient qui est là pour répondre aux questions du médecin. Si vous débutez votre consultation par « Bonjour asseyez-vous », les gens démarrent.</p> <p>Et toute la difficulté pour le médecin, c'est de ne pas les interrompre.</p> <p>Déjà vous avez construit une façon d'être avec le patient qui lui permet de « dire ». Et à partir du moment où il peut dire, il dit. Par forcément à cette consultation-là. Mais en médecine générale, on revoit les gens. Ils auront pu tester et se dire « Ah, là y'a quelqu'un avec des oreilles et qui peut entendre ».</p> <p>Questions ouvertes, reformulation, synthèse, travail sur l'empathie. Tous ces outils qui sont en grande partie dans la caisse à outils de l'entretien motivationnel sont très performants pour travailler sur ces questions-là.</p> <p>Ce n'est qu'une formalisation de techniques d'entretien qui sont centrées sur la personne.</p>
8	Evaluation	<p>S'il y a un problème nouveau qui apparaît, on peut être amené à reprendre des séquences éducatives.</p> <p>On est dans un diagnostic éducatif à chaque consultation.</p>
9	Difficultés (financiers, organisation, regard patient...)	<p>Même avec un peu, beaucoup d'habitude, parfois je dois me forcer à attendre en me disant : « Là il y a un problème important, mais peut-être que derrière il y en a un autre » et se donner au moins une minute pour laisser les gens dire.</p> <p>Quand on s'observe, on se rend compte que des fois, on n'a pas les attitudes qu'on pense qu'on devrait avoir.</p> <p>C'est plus difficile pour ma secrétaire qui se retrouve avec des plages de rendez-vous qui sont bloquées.</p> <p>C'est des consultations qui sont intenses ! Ce qui se passe dans ces consultations-là, il faut être très attentif.</p>

10	Coordination individuel / collectif	<p>J'ai les compétences pour faire l'éducation thérapeutique de premier recours intégrée aux soins, pour la plupart des patients, au début de leur maladie, c'est suffisant. Pas toujours dans le temps, et pas toujours dès le début. Et donc j'utilise le réseau en complément de ce que je peux faire.</p> <p>Le groupe apporte des choses beaucoup plus fortes, et très différentes, au patient et sans doute très complémentaires de ce peut apporter une consultation individuelle.</p> <p>C'est intéressant qu'ils voient que des professionnels de profession différente puissent avoir la même attitude quelle que soit leur profession.</p>
11	2 mots / Représentation	<p>Donc on est là dans une négociation, dans une décision partagée sur le choix d'un endroit pour faire un examen complémentaire, qui appartient à la patiente, qui n'appartient pas uniquement au médecin. Donc cette notion de décision partagée, c'est vraiment l'essence de l'éducation thérapeutique.</p> <p>L'éducation thérapeutique c'est pas simplement l'éducation pour le traitement. C'est aussi la décision partagée avec le patient sur les stratégies qu'on va mettre en place.</p> <p>C'est travailler sur l'autonomie du patient, et cela passe par l'étape intermédiaire, souvent, parfois définitive, mais intermédiaire souvent, d'une décision partagée avec ses soignants.</p> <p>Le contraire d'éducation et le contraire de thérapeutique.</p> <p>Alors ce n'est pas de l'éducation, c'est-à-dire que pour moi, on est plutôt dans le processus que les nord américains appellent l'empowerment. Qui est un processus social de développement des compétences. C'est la charte d'Ottawa, sur la santé des populations, dans laquelle on retrouve ce principe d'autonomie des personnes, et en tout cas, le système de santé est là pour développer cette autonomie. Donc ce n'est pas de l'éducation. Ou c'est de l'éducation au sens primitif du terme, mais en tout cas, ce n'est pas de l'enseignement, tel qu'il est entendu habituellement par les professionnels. Mais ce n'est pas de l'enseignement. Et ce n'est pas thérapeutique non plus parce qu'on n'est pas dans le traitement. On est dans le soin, pas au sens médical du terme, mais dans le sens « prendre soin de soi ». Donc c'est développer les compétences du patient à prendre soin de lui. Et ce n'est certainement pas de l'éducation thérapeutique par rapport à ça.</p>
12	Manques / Choses à améliorer	<p>Il y a tout un travail à faire aujourd'hui sur, sinon une théorisation, du moins en tout cas un vrai travail de</p>

	<p>réflexion sur les outils d'analyse des pratiques des patients dans un objectif d'analyse partagée avec les professionnels.</p> <p>Ça a été lu comme ça dans la loi HPST et ça a été lu comme ça dans la grille d'analyse des organismes qui ont demandé l'autorisation. Et la vraie question aujourd'hui, c'est comment sortir de ce mot programme qui est très limitant dans la façon de construire l'éducation thérapeutique. Pour moi, les quatre temps, c'est les quatre temps de la démarche qualité et ça n'a rien à voir avec la notion de programme. Plus exactement c'est un programme individuel et c'est la construction avec le patient d'une analyse de ses besoins.</p> <p>D'une consultation sur l'autre, on va avoir des objectifs qui vont se suivre, et qui nécessitent dans la tête du médecin, mais aussi dans les textes, un référentiel de pratique. On ne peut pas penser qu'on va ré-inventer la roue pour chaque patient. Et on va puiser dans un référentiel de pratiques éducatives les objectifs qui sont adaptés à ce patient. Et là aujourd'hui, ça nous manque.</p> <p>Pour la contraception notamment, je ne connais pas de référentiel pour les pratiques éducatives des jeunes femmes qui utilisent une contraception.</p> <p>Ça serait de pouvoir travailler avec d'autres professionnels de façon structurée.</p> <p>Il manque un échelon de rencontres, de pratiques communes entre les professionnels de santé.</p>
14	<p>Bien-être</p> <p>ND : Est-ce que cette attitude dans vos consultations, c'est quelque chose qui vous fait du bien à vous ? M7 : Oui, beaucoup.</p> <p>On voit beaucoup de médecins, et il y a eu plein d'études qui ont été faites sur le burnout des médecins et qu'une des raisons que les médecins allèguent pour leur mal-être, c'est que les patients ne font pas ce que les médecins leur disent de faire. Si on sort de cette problématique-là, on n'est pas là pour ordonner au patient de faire, on n'est pas là pour les interroger policièrement, ni leur ordonner judiciairement, et qu'on est plutôt dans une attitude de facilitation plutôt que dans une attitude de confrontation, on se retrouve dans une vision qui est beaucoup plus positive. Et on est beaucoup moins fatigué à la fin de journée.</p> <p>C'est très confortable.</p> <p>Eh bien moi, je vous mets un 10.</p>

		Ce qui oblige le professionnel à prendre soin de lui.
16	Différence de posture avant / ET	Si les patients posent des questions ouvertes, c'est bien plus simple. Par contre, ce qu'on voit, c'est que des patients qui sont passés par le réseau ont changé. Mais que leur médecin n'a pas changé. Et que là, les patients vivent très bien la différence d'état entre la façon dont ils étaient avant et dont le médecin est maintenant. C'est dans ce sens-là.
17	Autre	<p>Plus exactement, le médecin a besoin d'examen complémentaires pour avancer dans le diagnostic.</p> <p>Finalement, l'autonomie, elle passe par une attitude du professionnel qui permet au patient d'un part d'avoir une information, mais d'autre part d'avoir les éléments de la décision. C'est-à-dire savoir pourquoi. Savoir pourquoi et prendre sa décision en connaissance de cause et avec un professionnel qui est là pour l'aider à prendre cette décision. L'éducation thérapeutique c'est d'abord ça. On peut appeler ça autonomie. Mais l'autonomie c'est pas laisser les patients tous seuls. « Je vous rends autonome, je ne m'occupe plus de vous, je ne vous aime plus » Enfin, je caricature. Donc l'autonomie, c'est intéressant d'ailleurs parce que dans la loi HPST, éducation thérapeutique, apprentissage, accompagnement, ont été séparés dans 3 articles. L'éducation thérapeutique c'est accompagner, c'est apprendre, des apprentissages techniques, et « éduquer ». Donc vous voyez qu'il y a tout ce continuum entre l'information, l'apprentissage, l'accompagnement, l'accompagnement vers l'autonomie et le patient expert de sa propre pathologie pour lequel le professionnel n'est qu'un aidant. C'est un continuum. C'est-à-dire qu'on ne peut pas penser que l'éducation commence à tel endroit et s'arrête à tel autre. Et c'est pour ça que je vous disais off que l'éducation thérapeutique ça n'existe pas. C'est-à-dire que ce n'est pas une parenthèse, une virgule dans la vie des gens, dans les relations entre les professionnels et les patients. C'est le processus normal de l'accompagnement au sens noble du terme des soignants pour les patients.</p> <p>Ceci étant, tous les patients qui ont une maladie chronique ne peuvent pas bénéficier d'une éducation de groupe aujourd'hui.</p>

Titre de Thèse : **L'EDUCATION THERAPEUTIQUE EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE** : Analyse des pratiques de 12 médecins généralistes impliqués en éducation thérapeutique

RESUME

En tant qu'élément clé de la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, l'éducation thérapeutique constitue un apport essentiel pour l'efficacité des consultations de médecine générale. Pourtant, elle est peu mise en œuvre, essentiellement car elle est mal connue de la plupart des médecins généralistes et il n'existe aucune recommandation adaptée à leur pratique.

Douze entretiens réalisés avec des praticiens impliqués en éducation thérapeutique ont permis d'analyser leurs pratiques éducatives en consultation de médecine générale.

On retrouve systématiquement une approche centrée sur le patient, prenant en compte ses représentations de la maladie. La démarche éducative est peu formalisée : elle est globalement adaptée aux contraintes de la médecine générale, notamment en termes de durée, et ses étapes (diagnostic éducatif, objectifs, apprentissage, évaluation) sont souvent intégrées aux consultations classiques. Les apprentissages se font plutôt de manière participative. Peu d'outils sont utilisés et l'éducation réalisée est rarement évaluée. L'éducation thérapeutique individuelle se place dans tous les cas en complément de l'éducation collective.

L'adapter à la médecine générale demande donc de l'organisation et des compétences particulières. Le bien-être ressenti par sa pratique chez les médecins interrogés est un argument supplémentaire pour chercher à la rendre plus accessible à l'ensemble des médecins, en améliorant leur formation et en leur fournissant un support méthodologique adapté.

MOTS-CLES

Education thérapeutique du patient, médecine générale, consultation, démarche éducative, maladie chronique, approche centrée sur le patient