

# ETP séquentielle en médecine générale

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est devenue aujourd'hui un enjeu majeur de notre système de santé, comme le montre son inscription dans la loi HPST.

Par **Éric Drahi**, médecin généraliste, 45800 Saint-Jean-de-Braye, SFDRMG.

La définition indique qu'elle est « intégrée aux soins ». Pourtant, sa réalisation en consultation de médecine générale, individuellement, est absente de la loi et de ses récents décrets,<sup>1</sup> alors que la quasi-totalité des patients souffrant de maladie chronique sont suivis par des généralistes. Aucun dispositif consacré uniquement à l'ETP ne permettra à tous ces patients (environ 15 millions en France) de bénéficier d'une ETP au long cours, s'ils ne peuvent le faire chez leurs soignants de premier recours. À partir de ce constat, comment faire en pratique ?

## ETP : QU'EST-CE ?

Est-ce un concept nouveau ? À quelles conditions est-elle réalisable ? Comment la mettre en œuvre en tenant compte de nos contraintes de temps et de disponibilité ?

La médecine générale est traversée par des courants dont les plus récents tournent autour de la médecine fondée sur les preuves (*Evidence Based Medicine* ou EBM), laquelle intègre trois champs dans la décision : les données actuelles de la

science, les circonstances cliniques et les préférences, valeurs et actes des patients.<sup>2</sup>

**Ce dernier champ** est sans doute le plus important et le plus novateur dans ce concept. Intégrer le patient dans le mécanisme de la décision, et non pas lui « imposer » un choix est, pour les maladies chroniques, un temps nécessaire à l'appropriation de la maladie.

Communication facilitée, décision partagée, relation négociée,<sup>3</sup> cette liste n'est pas exhaustive, et montre bien que la médecine centrée sur le patient, concept remontant aux années 1950, avec Balint, est devenue une part essentielle des préoccupations des médecins généralistes<sup>4</sup> et s'intègre dans les dimensions biopsychosociales de la consultation. La communication médecin-patient est un thème très fréquent de formation continue, et les étudiants en médecine, au cours de leurs stages en médecine générale, en découvrent souvent l'importance.

**Parallèlement, depuis 15 ans**, émerge le concept d'éducation thérapeutique, (éducation thérapeutique du patient ou ETP). Selon l'OMS, dont la définition a été reprise par la HAS et l'Inpes,<sup>5</sup> l'ETP « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que 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 ».*

Lorsque l'on interroge des médecins généralistes sur ce thème, plusieurs enquêtes ont montré que la plupart d'entre eux disent faire de l'ETP. Cependant, les descriptions qu'ils en font correspondent plus à une information et à une négociation qu'à de l'ETP.<sup>6</sup> Cette confusion, révélée à cette échelle, montre bien que ce concept n'est pas enseigné en formation initiale, et n'est pas clair pour les médecins en exercice. Mais, pourtant, ils décrivent bien des pratiques intégrées à leurs consultations, centrées sur une information et pour beaucoup sur une décision partagée, et dans tous les cas avec la volonté de réaliser une médecine centrée sur le patient.

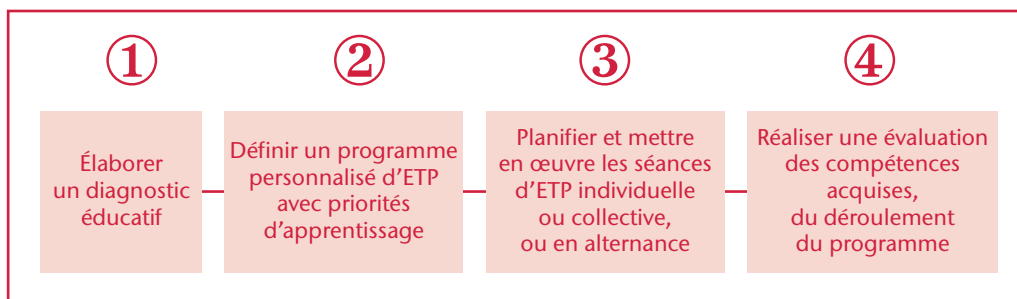


Figure – Les 4 étapes de l'ETP d'après la HAS.

## MÉDECINE CENTRÉE ET ETP : OPPOSÉES ?

Ces deux concepts recouvrent des champs proches. La première était, au XIX<sup>e</sup> siècle, le fondement de la médecine humaniste. Balint a proposé une méthode d'analyse de la pratique par des groupes de pairs vers les années 1950 en Grande-Bretagne. Des techniques d'entretien, comme celles issues de la relation d'aide (Carl Rogers<sup>7</sup>) ou, plus récemment, celles de la boîte à outils de l'entretien motivationnel<sup>8</sup> ont bien pour objectif de centrer la consultation sur le patient (empathie, écoute active, pratique réflexive du soignant pour faciliter celle du patient...).

**L'éducation thérapeutique vise à développer les compétences** et l'autonomie du patient (notion d'*empowerment*<sup>9</sup>) par des techniques utilisant celles de la médecine centrée sur le patient, avec des objectifs spécifiques fondés sur une ou des pathologies et des compétences d'autosoin et d'adaptation à la maladie.

Il n'y a pas d'opposition entre les deux concepts. Ils nécessitent écoute et pédagogie de la part des soignants, et surtout un état d'esprit du professionnel, qui ne se place pas dans une relation de pouvoir et de savoir, mais dans une facilitation de la réflexion et de l'acquisition de compétences par le patient.

Dans les formations à l'ETP, l'acquisition de cette attitude facilitatrice est privilégiée, afin de permettre au patient de progresser. Les médecins découvrent alors qu'elle est pertinente pour toutes les rencontres avec les patients (et aussi dans la vie quotidienne).

## ETP : RÉALISABLE EN MÉDECINE GÉNÉRALE ?

Dans le guide méthodologique de la HAS, les programmes d'ETP suivent la séquence : diagnostic éducatif, construction d'objectifs avec le patient, réalisation de séances collec-

tives et pluriprofessionnelles, et enfin évaluation (figure).

**Le diagnostic éducatif** consiste en un entretien individuel : qui est ce patient ? Quelle est sa (ses) maladie(s) ? Qu'en sait-il ? Que croit-il ? Quelles sont ses craintes ? Que fait-il pour sa prise en charge ? Quel est son projet ? Il ne s'agit pas d'un interrogatoire, mais de permettre au patient d'élucider lui-même sa situation en répondant à des questions ouvertes. Il s'agit également, à l'issue de cette séance, de lui permettre de voir plus clair dans ses priorités de vie, son projet de soin et de verbaliser des objectifs.

**Construire un programme éducatif**, c'est concevoir une suite d'activités éducatives répondant aux besoins identifiés. **La réalisation** de ces activités est l'étape suivante. Enfin, une **évaluation finale** permet de faire le point sur les nouvelles compétences et comportements du patient.

Ce modèle concerne essentiellement des activités de groupes, souvent en ateliers interactifs, avec 4 à 10 patients. Le diagnostic éducatif, réalisé en individuel, dure souvent plusieurs dizaines de minutes (60 à 90 minutes dans de nombreuses expériences). Cette ETP peut être initiale, mais aussi de « renforcement » pour compléter, après une période d'une durée variable, les compétences acquises par le patient. Elle doit être pluri-professionnelle, et faire intervenir des professionnels formés et encadrés.

### Tout cela soulève plusieurs questions :

- comment intégrer aux soins une telle ETP, puisque elle « sort » du circuit de soin habituel (pendant une hospitalisation, ou dans un réseau par exemple) ;
- comment permettre à des généralistes formés à ces pratiques de les mettre en œuvre, puisqu'ils doivent quitter leur cabinet pour y participer dans des services hospitaliers ou des réseaux ?
- comment rendre continue cette ETP en

groupes, puisque gérée en ateliers, obligatoirement à effectif limité, ne serait-ce que pour des raisons de financement ? – comment ne pas dévaloriser les soignants de premier recours, puisqu'elle nie leurs compétences à réaliser ces actions au cours des soins habituels ?

Enfin, comment permettre à des patients peu mobiles, ou peu motivés de bénéficier d'une ETP (alors qu'ils ont, au début, du mal à accepter leur maladie) et de prendre du temps pour participer à ces ateliers ?

Une des réponses est dans le guide méthodologique de la HAS<sup>10</sup> et dans le rapport du Haut Comité de la santé publique.<sup>11</sup>

La HAS prévoit bien une ETP individuelle comme une option : « *Les séances individuelles facilitent entre autres l'accès aux séances aux patients ayant une dépendance physique, sensorielle ou cognitive ou des difficultés à se trouver en groupe. Elles permettent dans certaines situations une meilleure adaptation à la réalité de vie du patient et à son rythme.* » Très curieusement, dans les textes réglementaires publiés récemment et dans les différents rapports sur l'ETP, cette option est absente. Aucune explication n'est donnée quant à ce scotome. Et pourtant, de nombreux généralistes réalisent une éducation thérapeutique individuelle, comme l'ont recensé Demeaux et Gay dans la bibliographie préalable à l'étude Ethiccar en cours.<sup>12</sup> Une méta-analyse de la *Cochrane Collaboration* montre son efficacité dans le diabète de type 2.<sup>13</sup> Pour sa part, le rapport du Haut Comité de la santé publique est consacré à des propositions concrètes pour la mettre en œuvre dans les soins de premier recours.

## CONCRÈTEMENT, COMMENT FAIRE ?

Il n'y a pas aujourd'hui de modèle pré-établi consensuel et évalué de cette pratique. Ce que nous pouvons en dire

repose sur des pratiques, validées par l'expérience, comme en témoigne l'étude Ethiccar. Dans notre cabinet, nous pratiquons depuis plusieurs années une ETP, séquentielle, continue et intégrée aux consultations.

**Séquentielle** : comme le préconise la HAS, on l'a découpé en quatre phases : diagnostic éducatif, plan d'action, réalisation et évaluation. Le diagnostic éducatif commence dès l'annonce d'une maladie ou d'un résultat d'analyse. Le patient est invité à répondre à des questions ouvertes comme : « *Qu'évoque pour vous ce résultat ?* », « *Avez-vous dans votre entourage des personnes qui souffrent de cette maladie ?* », « *Comment envisagez-vous votre rôle dans la prise en charge ?* »... Il s'agit là d'explorer les représentations, les croyances, les peurs et les connaissances du patient.

À l'issue de ce temps, qui peut se dérouler sur plusieurs consultations, il est possible de déterminer quelques objectifs simples, par exemple pour un diabétique de type 2 au début de sa maladie :

- demander au patient ce qu'il sait du suivi nécessaire, et s'enquérir des difficultés qu'il pense rencontrer éventuellement, et la façon dont il pourra trouver des solutions ;

- lui demander ce qu'il sait et fait en matière de diététique et d'activité physique, et lui proposer une enquête alimentaire autoreseignée sur une semaine, à rapporter à la consultation suivante. Cela permet de travailler avec lui sur ses goûts, ce qui lui apporte du plaisir dans son alimentation, et sur ce qu'il pense pouvoir améliorer ;

- lui proposer un lecteur de glycémie pour identifier les situations hyper- et hypoglycémiantes, et en débattre avec lui à la consultation suivante.

Chaque compétence spécifique peut faire ainsi l'objet d'une séquence, qui va comporter un diagnostic éducatif sur le problème, une proposition d'action avec un micro-objectif, la réalisation d'une action ou d'une observation par le patient entre deux consultations, et l'évaluation conjointe avec lui à la consultation suivante.

Chez un asthmatique, cette démarche est utile pour identifier les situations dyspnéiques, l'évitement de situations défavorables à son asthme, chez l'insuffisant cardiaque pour développer des compétences autour du régime désodé, de la prise médicamenteuse, de l'identi-

fication des risques de décompensation (prise de poids rapide, apparition d'une dyspnée), etc.

**Continue** : l'essentiel du travail avec le patient se fait au début de sa maladie ou lors de situations nouvelles, mais, à chaque rencontre, il est possible de poser des questions sur le vécu, le ressenti, l'impact sur la vie quotidienne. Il s'agit de refaire avec lui le point sur les problèmes qu'il identifie mais aussi de vérifier ses connaissances et ses croyances. Assal propose même que l'on incite le patient à noter entre chaque consultation les questions qu'il se pose sur sa maladie, et d'interroger son médecin à la consultation suivante.<sup>14</sup>

**Intégrée aux soins** : de telles séquences peuvent nécessiter chacune une consultation dédiée, mais le plus souvent 10 minutes sont suffisantes pour faire le point sur un problème précis.

## UN QUESTIONNEMENT OUVERT

Cette pratique repose avant tout sur une décision partagée avec le patient, une écoute active, et quelques techniques simples de questions ouvertes, de reformulation-synthèse. Elle donne aux consultations un grand confort, puisqu'on est dans une coopération et non pas une confrontation. C'est le patient qui apporte des solutions, qui fait le point sur ses problèmes, ses succès et ses échecs. C'est bien le médecin qui mène la consultation, avec des objectifs précis, mais c'est le patient qui apporte des réponses.

Ces techniques peuvent être utilisées dans la plupart des consultations. Par exemple pour un renouvellement de contraception orale, demander « *Quelles difficultés rencontrez-vous avec votre contraception ?* » permet d'avoir des réponses comme « *Cela m'arrive trop souvent de l'oublier* ». La question du médecin peut alors être « *Pourquoi cela vous arrive-t-il ?* », et ensuite « *Comment pourriez-vous faire pour ne pas l'oublier ?* ».

Cette attitude de questionnement ouvert, de sollicitation de la réflexion du patient, de construction d'un partenariat peut être mise en œuvre dans chaque consultation. Certains l'ont appelé « Educ'Attitude », attitude permanente de relation avec le patient centrée sur lui et ses besoins.

**En conclusion**, l'éducation thérapeutique en médecine générale doit reposer sur les compétences définies par la

WONCA en 2002.<sup>15</sup> Les généralistes qui la pratiquent dans leurs cabinets décrivent un plaisir d'exercer renouvelé, un confort dans leurs relations avec les patients. Mais elle reste exigeante en formation et en supervision. Des contacts réguliers avec d'autres professionnels en groupes de pratique, l'appui sur des structures comme les réseaux et le travail en coopération avec d'autres soignants est sans doute un moyen de maintenir motivation et compétence. Mais il manque une reconnaissance institutionnelle et financière de cette activité.

## RÉFÉRENCES

1. <http://www.sante-sports.gouv.fr/publication-des-textes-d-application-de-la-loi-hpst-relatifs-a-l-education-therapeutique-du-patient-desormais-inscrite-officiellement-dans-le-parcours-de-soins.html>
2. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
3. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé publique* 2007;19:413-25.
4. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* 2001;322:444-5.
5. HAS, Inpes. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Juin 2007.
6. Bourit O, Drahi E. Éducation thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. *Médecine* 2007;3:229-34.
7. Rogers C. La relation d'aide et la psychothérapie (1942). Paris: ESF; 2008: 235 p.
8. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. Lecailleur D, Michaud P (traduction). Paris: Dunod/InterEditions; 2006.
9. Doulont D, Anjoulat I. L'empowerment et l'éducation du patient. Août 2002. <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dos18.pdf> (site visité le 05/09/20).
10. HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Juin 2007. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_guide\\_version\\_finale\\_2\\_pdf.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf)
11. Haut Comité de la santé publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Novembre 2009.
12. Gay B, Demeaux JL, Marty ML. Éducation thérapeutique du patient en médecine générale. L'étude Ethiccar : faisabilité et évaluation chez le patient à risque cardiovasculaire. *Médecine* 2009; 5:42-6.
13. Duke SA, Colagiuri S, Colagiuri R. Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2009(1): CD005268.
14. Assal JL, Lacroix A. L'éducation thérapeutique du patient : nouvelles approches de la maladie chronique. Paris: Vigot; 1998.
15. WONCA 2002. La définition européenne de la médecine générale. ([www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf](http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf)). Site visité le 05/09/2010.