



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2014

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Bilan d'éducation : pratiques des médecins généralistes du
Nord-Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 2 Avril 2014 à 18h
au Pôle Formation
Par Romain Mahieux

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Assesseurs :

Madame le Professeur Claire MOUNIER-VEHIER

Madame le Docteur Nathalie ASSEZ

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Benoit TAVERNIER

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

MSP : Maisons de Santé Pluridisciplinaires

FMC : Formation Médicale Continue

MMS : Mini Mental State

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

DMI : Dossier Médical Informatique

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

URPS : Union Régionale des Professions de Santé

Table des matières

Résumé.....	8
Introduction.....	9
Matériels et méthodes.....	11
1. Recrutement des médecins	
2. Réalisation des entretiens	
3. Analyse des entretiens	
Résultats.....	16
1. Mode de découverte du bilan éducatif	
2. Mode de formation au bilan éducatif	
3. Pratique du bilan éducatif par les médecins généralistes	
a) intégration à la pratique quotidienne	
b) processus général de réalisation du bilan éducatif du patient	
c) réévaluation du bilan éducatif du patient	
Discussion.....	22
1. Critique de la méthode	
2. Analyse des résultats	
3. Comparaison avec les données de la littérature	
Conclusion.....	27
Bibliographie.....	28
Annexes.....	29
Annexe 1 : Entretien Médecin 1	
Annexe 2 : Entretien Médecin 2	
Annexe 3 : Entretien Médecin 3	
Annexe 4 : Entretien Médecin 4	
Annexe 5 : Entretien Médecin 5	
Annexe 6 : Entretien Médecin 6	
Annexe 7 : Entretien Médecin 7	
Annexe 8 : Entretien Médecin 8	
Annexe 9 : Entretien Médecin 9	
Annexe 10 : Entretien Médecin 10	
Annexe 11 : Codage ouvert	
Annexe 12 : Codage axial	

Résumé

Contexte : La HAS et l'INPES ont publié un guide méthodologique qui décrit la démarche d'ETP dont la première étape est le diagnostic éducatif. Malgré ces travaux, la place et le rôle des médecins généralistes restent flous. La plupart des médecins généralistes pratiquent une activité d'ETP de façon plus ou moins formalisée. Les recommandations établies par la HAS concernant la démarche éducative semblent difficiles à appliquer en pratique de médecine générale ambulatoire.

Question : Comment est abordé le diagnostic éducatif du patient en médecine générale dans la région Nord-Pas-de-Calais ?

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de médecins généralistes impliqués en ETP. Les entretiens ont été rendus anonymes, enregistrés et intégralement retranscrits puis ont fait l'objet d'une double analyse. Le recrutement s'est poursuivi jusqu'à la saturation des informations. L'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel de recherche qualitative N-Vivo.

Résultats : 10 entretiens ont été réalisés. L'étude a montré que la plupart des médecins généralistes interrogés ne faisaient pas de consultation dédiée au diagnostic éducatif. Celui-ci est le plus souvent fait au cours de consultations de suivi. La consultation dédiée est en général vue comme inadaptée du fait du manque d'outils disponibles, du manque de temps du médecin et du patient, du manque de motivation du patient et aussi du fait que le médecin connaît en général depuis longtemps les patients qu'il suit.

Les médecins interrogés ne disposent pas de méthode bien précise pour établir le diagnostic éducatif. Souvent les informations sont recueillies petit à petit. La réévaluation est en général continue, au cours des consultations de suivi et ne porte en général que sur un axe à la fois.

Conclusion : La réalisation du bilan d'éducation telle qu'elle est décrite par la Haute Autorité de Santé semble compliquée à mettre en place par les médecins généralistes du fait de la spécificité de leur pratique, et d'une relation médecin-malade différente de celle du milieu hospitalier.

Introduction

Environ 15 millions de personnes sont atteintes de maladies chroniques en France. Avec l'augmentation de la durée de vie et le vieillissement de la population, elles sont de plus en plus fréquentes.

Selon l'Organisation mondiale de la santé Europe (1998), l'éducation thérapeutique devrait être systématiquement intégrée et de façon permanente dans les soins délivrés aux patients atteints de maladies chroniques. Elle vise l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins et d'adaptation. Son but est d'améliorer l'efficacité des soins, de réduire la fréquence et la gravité des complications, et d'améliorer la qualité de vie des patients.¹

La Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ont publié en Juin 2007 un guide méthodologique accompagné de recommandations pour mettre en œuvre des programmes structurés d'éducation thérapeutique du patient² (ETP). Ce guide méthodologique propose un cadre général structuré pour décrire la démarche d'ETP, avec le contenu de ses étapes et ses modalités de mise en œuvre.

Une démarche éducative personnalisée comprend un premier temps de diagnostic éducatif appelé aussi bilan éducatif partagé, qui est indispensable à la connaissance du patient, à l'identification de ses besoins et à l'établissement avec lui de priorités et d'objectifs.

Etant donné l'importance des maladies chroniques, l'ETP nécessite l'implication des médecins généralistes, afin de répondre le mieux possible aux besoins des patients.

Malgré les travaux de la HAS, la place et le rôle des médecins généralistes dans l'éducation thérapeutique restent flous.³ L'organisation et les modalités pratiques de mise en œuvre de l'ETP ne font aujourd'hui l'objet d'un consensus ni dans la

littérature ni dans les pratiques². La HAS, dans ses recommandations concernant la tenue du dossier médical en médecine générale, ne laisse pas de place spécifique au diagnostic éducatif⁴. Au cours du stage chez le praticien, l'examen non formalisé des dossiers médicaux informatisés montre que les éléments du diagnostic éducatif sont le plus souvent inscrits dans des comptes rendus de consultations, sans systématisation et sans regroupement particulier.

A côté des programmes d'éducation thérapeutique mis en œuvre par diverses structures, le plupart des médecins généralistes pratiquent une activité d'éducation thérapeutique de façon plus ou moins formalisée.

On peut se demander si les recommandations établies par la HAS concernant la démarche éducative sont véritablement adaptées à la pratique de la médecine générale ambulatoire.

A notre connaissance, il n'existe dans la littérature aucune étude descriptive faisant un état des lieux des pratiques du diagnostic éducatif en médecine générale.

Nous ne savons pas comment les médecins généralistes établissent le diagnostic éducatif du patient, comment celui-ci est intégré à la consultation, comment il est réévalué, quels sont les éléments recherchés, quels outils d'aide sont utilisés, comment les informations sont conservées. Nous ne connaissons pas non plus les besoins de formation des médecins généralistes sur le diagnostic éducatif.

Question de recherche

Comment est abordé le diagnostic éducatif du patient en médecine générale dans la région Nord-Pas-de-Calais ?

Matériels et méthode

Une étude qualitative, descriptive, par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais impliqués dans l'éducation thérapeutique du patient.

1. Recrutement des médecins

- critères d'inclusion

Les médecins recrutés étaient :

- des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais,
- de sexe féminin ou masculin
- en activité
- exerçant en milieu urbain, rural ou semi-rural
- sensibilisés à l'ETP : ayant suivi une formation à l'ETP, ou participant à un réseau d'ETP, ou enseignants de Médecine générale à la Faculté de Médecine de Lille
- ayant un dossier médical informatisé

- critères d'exclusion

- absence de connaissances dans le domaine de l'ETP
- absence de dossier médical informatisé

Chaque médecin a été contacté par téléphone ou par e-mail afin que le projet de l'étude et ses modalités de mise en œuvre lui soit présentés. Une information claire a

été donnée à chaque médecin quant à l'enregistrement de l'entretien et au respect de l'anonymat.

Après obtention d'un accord (téléphonique ou par e-mail) pour participer à l'étude, un rendez-vous unique a été convenu avec chaque médecin pour la tenue de l'entretien. Le recrutement des médecins s'est fait au fur et à mesure de l'avancée des travaux. Les premiers médecins ont été recrutés grâce à des recherches via des réseaux de soins, d'éducation ou parce qu'ils étaient enseignants de médecine générale. Ensuite le recrutement s'est fait sur la recommandation des premiers interviewés.

2. Réalisation des entretiens

Chaque entretien était semi-dirigé. Il débutait par une première question générale sur le bilan d'éducation, question « brise-glace » visant à introduire le sujet d'une façon générale. L'entretien était ensuite guidé par une grille préétablie de questions ouvertes sur le bilan d'éducation.

Grille d'entretien :

- Comment avez-vous entendu parler du bilan d'éducation du patient ? (dans quel contexte ?)
- En repensant au dernier bilan éducatif que vous avez réalisé, comment avez-vous procédé ?
- En fonction des informations données par le médecin interrogé, celui-ci pouvait être relancé par d'autres questions ouvertes :
- Comment l'intégrez-vous à la consultation ?

- Comment est-il réévalué ? A quelle fréquence ?
- Quels sont les éléments recherchés ?
- Comment sont conservées les informations du bilan d'éducation ?
- Que pensez-vous de l'utilisation d'outils ?
- En quoi ce bilan a-t-il influencé la prise en charge éducative ?

En fin d'entretien, l'âge et le mode d'exercice (rural, urbain ou semi-rural, maison médicale ou cabinet indépendant) étaient demandés.

Avec l'accord du médecin, l'entretien était entièrement enregistré et rendu anonyme. L'appareil enregistreur utilisé était un Note Corder DP-20 de marque OLYMPUS. L'entretien était ensuite intégralement retranscrit mot à mot. Les aspects non verbaux étaient également retranscrits. La retranscription s'est faite au fur et à mesure de la réalisation des entretiens. C'est toujours la personne qui a réalisé l'entretien qui l'a retranscrit.

Le nombre de médecins généralistes à recruter a été déterminé par la réalisation de l'étude elle-même.

L'analyse s'est effectuée au fur et à mesure des entretiens. Lorsque deux nouveaux entretiens n'ont apporté aucune donnée nouvelle, nous avons conclu que nous étions arrivés à la saturation des données et le recrutement des médecins a été interrompu.

3. Analyse des entretiens

Chaque entretien, appelé aussi verbatim, a fait l'objet d'une double analyse. Une analyse des données de chaque entretien a été effectuée de façon indépendante. Cette analyse s'est faite au fur et à mesure de la réalisation des entretiens.

Une analyse qualitative, thématique des entretiens a été réalisée.

Le logiciel de recherche qualitative N-Vivo a été utilisé pour recueillir et analyser les informations des entretiens. Le principe de l'analyse de base de ce logiciel est une démarche de « décontextualisation-recontextualisation ».⁵

Codage ouvert (Annexe 11)

Cette décontextualisation consiste à sortir de son contexte un extrait de texte (donc ici un extrait de l'entretien) afin de le rendre indépendant du point de vue du sens.

Chaque entretien a donc été « découpé » en unités de sens.

Lorsqu'une nouvelle notion était donnée lors d'un entretien, nous l'avons retenue et un nouveau thème a été créé, appelé « nœud ». Les unités de sens sont regroupées en nœuds dans le logiciel N-Vivo.

Chaque idée donnée lors d'un entretien a été extraite et placée dans un nœud existant ou nouvellement créé.

Des nœuds regroupant tous les extraits qui traitaient d'une même notion ont donc été créés puis analysés.

Cette démarche a correspondu au codage ouvert : par le biais du codage, nous avons « rapatrié » au bon endroit toute l'information sur un même sujet. Le codage a consisté à lier tous les extraits des entretiens aux nœuds correspondants.

Le codage de chaque entretien a été réalisé indépendamment par chacun des chercheurs. Une triangulation de l'analyse a ensuite été effectuée : après chaque entretien, chacun des chercheurs a confronté son codage à celui de l'autre. Le codage retenu pour chaque entretien ne l'a été que lorsque soixante-dix pour cent des codages individuels concordent. Nous avons ainsi utilisé les mêmes dénominations pour les mêmes noeuds.

Codage axial (Annexe 12)

Ensuite est venue l'étape de la « recontextualisation ». Celle-ci a pour but d'amalgamer les noeuds pour en faire un tout intelligible et porteur de sens.⁵ Les noeuds ont été hiérarchisés en les regroupant eux-mêmes par thèmes (codage axial). Un même noeud pouvant appartenir à plusieurs thèmes, cette hiérarchisation s'est apparentée à un arbre généalogique.

Résultats

10 médecins généralistes ont été interrogés. La répartition selon l'âge était la suivante :

- 1 médecin avait entre 31 et 40 ans,
- 3 médecins avaient entre 41 et 50 ans,
- 4 médecins avaient entre 51 et 60 ans,
- 2 médecins avaient plus de 61 ans.

4 médecins exerçaient dans le Nord, et 6 dans le Pas-de-Calais.

Parmi ces médecins :

- 7 exerçaient en zone urbaine,
- 2 exerçaient en zone rurale,
- 1 exerçait en zone semi-rurale.

Enfin, 4 médecins travaillaient en association avec d'autres médecins en maison médicale, les 6 autres médecins exerçaient en cabinet individuel.

1. Mode de découverte du bilan éducatif

L'étude a permis de mettre en évidence différents modes de découverte du bilan éducatif.

Certains médecins généralistes en ont entendu parler pour la première fois à la Faculté de Médecine (lors d'une formation ou alors qu'ils assistaient à une soutenance de thèse).

D'autres médecins ont découvert cette notion lors d'une formation dispensée par le Collège National des Généralistes Enseignants ou par l'Union Régionale des Professions de Santé.

Quelques médecins l'ont découvert par la lecture de revues médicales.

2. Mode de formation au bilan éducatif

Tous les médecins généralistes interrogés ont suivi une formation sur le bilan éducatif.

Celle-ci leur a été dispensée par :

- le Collège National des Généralistes Enseignants ou
- l'Union Régionale des Professions de Santé ou
- des réseaux d'éducation du patient ou
- lors de soirées de formation médicale continue.

Certains médecins se sont aussi formés par ailleurs de façon « autodidacte », par la lecture de revues médicales.

Un médecin généraliste a affirmé s'être formé également par « expérience ».

3. Pratique du bilan éducatif par les médecins généralistes

a) Intégration à la pratique quotidienne

Certains médecins réalisent une consultation dédiée au bilan éducatif où les patients viennent spécifiquement pour cela en consultation.

L'un d'eux lui consacre quarante-cinq minutes de consultation.

La plupart des médecins généralistes interrogés établissent le bilan éducatif au cours de consultations de suivi. Sa réalisation s'intègre alors à une consultation classique, quel qu'en soit le motif ou bien lors d'un renouvellement de traitement.

Parmi ces médecins, une partie pense que la réalisation du bilan éducatif du patient au cours d'une consultation dédiée serait idéale mais est inadaptée à la pratique quotidienne d'un médecin généraliste.

Pour cela, ils mettent en avant plusieurs difficultés :

- le manque d'outils disponibles (« je n'ai pas de schéma, il me manque un support de thèmes à aborder »),
- le manque de temps du médecin,
- le manque de temps du patient,
- le manque de motivation du patient : faire venir un patient au cabinet pour faire « le point sur une situation donnée » et ne prescrire aucune ordonnance ne paraît pas ancré dans la mentalité des patients.

Dans ce cas, le bilan d'éducation se fait donc « par défaut » au cours de consultations de suivi.

Pour d'autres médecins, la consultation dédiée n'a pas sa place en médecine générale si on prend le cas des patients suivis depuis longtemps et qui sont bien connus du médecin traitant : « je pense qu'une consultation dédiée avec des gens que l'on suit depuis 15 à 20 ans, c'est pas toujours très adapté. » Pour eux, le bilan éducatif se fait « en amont », par l'utilisation des informations recueillies les années précédentes. Le fait de pouvoir revoir les patients de façon régulière en médecine générale permet d'apprendre à bien les connaître. Un des médecins a déclaré : « ce n'est pas en recevant les patients en consultation spécifique sur le bilan d'éducation que je pourrai recueillir tout cela. »

Certains médecins pensent que la consultation dédiée pourrait tout de même avoir sa place lorsqu'il s'agit de prendre en charge de nouveaux patients, non connus du médecin et pour lesquels il est nécessaire d'agir rapidement. (Par exemple découverte de diabète)

b) Processus général de réalisation du bilan éducatif du patient

La plupart des médecins généralistes interrogés n'ont pas répondu de façon spontanée lorsqu'il s'agissait d'expliquer la méthode de réalisation du bilan éducatif du patient, notamment sur les items recherchés.

Cela leur a souvent demandé un délai de réflexion et on a relevé des hésitations dans leurs réponses.

Un médecin a évoqué la généralisation du bilan d'éducation en médecine générale.

Pour lui, tous les médecins généralistes le pratiquent.

La plupart des médecins interrogés établissent le bilan éducatif au cours de consultations de suivi.

Peu de médecins ont déclaré utiliser des outils.

Le bilan éducatif n'est en général pas réalisé de façon « formalisée ». Il est le plus souvent fait sans systématisation, de façon plus ou moins précise.

C'est souvent l'expérience du médecin qui est importante.

Les informations concernant le patient sont souvent recueillies petit à petit, au fur et à mesure du suivi du patient. Il s'agit d'une « imprégnation progressive réciproque » entre le médecin et le patient qui apprennent à se connaître au fil du temps.

Ainsi toutes les informations concernant le patient ne sont pas toujours recherchées :

« Il y a des choses que je ne demande plus car je connais les patients », « ces informations nous les avons en nous ». Pour certains médecins, le bilan éducatif se base sur la mémorisation des éléments par le médecin traitant, « les informations, je les retiens, tout simplement ».

Le fait de suivre des familles entières prend aussi toute sa place pour plusieurs médecins. Le bilan éducatif est fait ainsi par « suivi générationnel ». Cela permet au médecin de mieux connaître l'entourage du patient et le milieu dans lequel il évolue. (« J'ai soigné la grand-mère, j'ai soigné les parents, j'ai soigné les enfants, je soigne maintenant les petits-enfants, et donc tout ce qui est facteurs socio-culturels, ..., je les connais »).

Un médecin a évoqué la notion de bilan « métacognitif » : cela signifie que pour lui, le bilan se fait sur « l'ensemble des cognitions qu'on a sur une situation donnée depuis x temps, qui sont même dans le subconscient ». Ainsi, la conduite du médecin résulte de l'ensemble des connaissances qu'il a acquises sur son patient, mais aussi de son expérience des situations similaires concernant d'autres patients.

c) Réévaluation du bilan éducatif du patient

Rythme de réévaluation

La plupart des médecins généralistes interrogés réévaluent le bilan éducatif lors de chaque consultation de suivi.

Parmi ceux-ci, certains déclarent le réévaluer « tout le temps », à chaque consultation, quel qu'en soit le motif.

Un des médecins le réévalue « très rapidement » si le patient consulte pour un autre motif, sauf s'il le demande.

Un autre médecin interrogé déclare quant à lui ne pas réévaluer « trop vite » le bilan d'éducation. Pour lui, cela se fait « sur le long terme » et non à un instant « t ». Il s'appuie sur le fait qu'on a « la chance en médecine générale de revoir régulièrement les patients ».

La réévaluation se fait également pour un des médecins à la fin des séances d'éducation thérapeutique du patient, dans le bilan post ETP. Elle se fait ensuite à distance au cours des consultations de suivi.

Contenu de la réévaluation

Un médecin a déclaré ne pas pouvoir toujours tout réévaluer lors d'une consultation, par manque de temps et aussi par le fait qu'il connaît suffisamment bien ses patients pour se passer de toujours tout réévaluer.

Un autre a déclaré également que la réévaluation ne portait pas toujours sur l'ensemble des axes au cours d'une même consultation mais que les différents axes étaient réévalués progressivement. (« Un coup on revoit s'il a compris comment s'autosurveiller en diabète, un coup on voit s'il n'y a pas de dérapages au niveau alimentaire... »)

La réévaluation se fait en général sur les objectifs qui avaient été fixés. (« On revoit avec le patient s'il a tenu ou non ses objectifs », « ce qu'ils ont changé dans leur pratique »).

Elle se fait aussi sur l'état psychique du patient (« un coup on voit s'il est bien dans sa tête »), sur l'évolution de ses connaissances médicales (« ce qu'ils ont retenu »), sur ses attentes (« ce qu'ils veulent »), sur les freins aux objectifs (« ce qui fait qu'il ne les a pas tenus »).

Discussion

1. Critique de la méthode

Pour répondre au mieux à la question de recherche, une enquête qualitative par entretiens individuels semi-structurés s'est rapidement imposée. Cela a permis d'interroger directement les médecins concernés, et d'obtenir des réponses libres. Cette méthode permet d'étudier efficacement les comportements des acteurs de santé.⁶

Une difficulté a été rencontrée pour le recrutement des médecins généralistes. Bon nombre de médecins contactés ne se sentaient pas suffisamment formés sur le sujet pour nous apporter des informations sur leur pratique du bilan d'éducation. Ces médecins étaient pourtant sensibilisés à l'éducation thérapeutique du patient.

D'autres médecins ont refusé l'entretien par manque de temps.

L'originalité de ce travail a été d'interroger directement des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais afin d'observer comment ils pratiquent le bilan d'éducation. Les études portant sur le bilan d'éducation uniquement sont peu nombreuses, et nous n'avons pas trouvé d'étude qualitative sur ce sujet.

Cette étude présente différentes limites, liées à sa nature

- limites liées aux entretiens : nous n'avons eu en effet aucune expérience précédente dans ce domaine. Nous avons pu omettre de recueillir certaines informations. Cependant les entretiens ont été menés de la façon la plus ouverte possible afin que les personnes interrogées puissent nous donner le plus possible d'informations.

- Ensuite les propos des médecins généralistes qui sont retranscrits concernent leurs pratiques du bilan d'éducation, mais il est possible que leurs déclarations soient plus le reflet de ce qu'ils pensent faire que leurs pratiques réelles. Il se peut qu'il s'agisse plus de la façon dont ils voient leurs pratiques.
- L'échantillon de médecins généralistes interrogés est petit (10 entretiens) mais nous sommes arrivés rapidement à la saturation des données.
- Pour l'interprétation des données, une triangulation a été effectuée, ce qui a limité les biais liés à l'interprétation des données.

2. Analyse des résultats

L'objectif de cette première partie de la recherche était de montrer comment est pratiqué le bilan d'éducation dans les cabinets de médecine générale. Les entretiens ont donc permis d'établir un état des lieux de ce qui se fait actuellement dans les cabinets médicaux.

La première idée majeure qui ressort des interviews est que le bilan d'éducation est pratiqué continuellement par les médecins généralistes, au cours des consultations de suivi du patient. Les médecins insistent beaucoup sur la spécificité de l'exercice de la médecine générale qui nous amène à revoir très régulièrement les patients. En filigrane, cela était à mettre en opposition avec l'exercice hospitalier de la médecine, où le patient est vu de façon discontinue le plus souvent.

Il découle de cette première idée que la plupart des médecins ne pratiquent pas ou peu de consultation dédiée au bilan d'éducation. La raison principale évoquée est le manque d'information concernant le contenu de cette consultation, mais aussi et surtout le fait d'avoir déjà l'impression de connaître le patient suffisamment pour ne pas avoir à réaliser ce type d'entretien.

Comme le notent certains praticiens, le suivi des patients est souvent générationnel, les médecins les plus âgés suivent au moins deux à trois générations d'une même famille. Cela leur apporte donc toutes les informations nécessaires sur l'environnement psycho-affectif et socio-professionnel. Ceci est aussi une différence avec la prise en charge hospitalière où l'environnement du patient n'est en général pas connu du médecin spécialiste d'organe.

A l'opposé, l'étude révèle que certains médecins généralistes réalisent des consultations dédiées au bilan d'éducation. Il s'agit dans ce cas de praticiens formés à l'éducation thérapeutique du patient via des réseaux de santé ou par l'URPS qui a développé un projet de formation des médecins libéraux. La limite de cette prise en charge est que seuls les patients présentant une pathologie donnée bénéficient d'une consultation dédiée au bilan d'éducation, essentiellement ceux présentant des facteurs de risque cardiovasculaire. Les médecins généralistes avouent ne pas pouvoir étendre cela à tous les patients.

Les freins évoqués sont alors le manque de temps car une consultation dédiée demande au moins 30 à 45 minutes, le manque de rémunération pour cet acte, et le manque de motivation de la part des patients.

Concernant le mode de réévaluation du bilan d'éducation, nombreux sont les médecins qui réévaluent le bilan d'éducation au cours de consultations de suivi. Les différents objectifs fixés sont revus avec les patients. Seuls les médecins participant à un réseau de soins revoient le patient en consultation spécifique. Ici encore, cela se limite à un type de pathologie en particulier, les autres patients sont vus par ces mêmes médecins en consultations de suivi.

Un autre point mis en évidence par cette étude est que les médecins généralistes ont découvert le bilan d'éducation par des moyens différents, tels que des lectures d'articles de revues médicales, des formations dispensées par différents organismes, par des travaux de recherche. Même si le terme de « bilan d'éducation » leur était inconnu, chacun d'entre eux le pratiquait sans en avoir vraiment conscience. Le bilan d'éducation est fait un peu de façon intuitive, ou plutôt de façon « métacognitive » comme le dit un des médecins interrogés. Le médecin généraliste fait ainsi ce bilan naturellement, en utilisant son expérience propre et les connaissances qu'il a du patient et de son environnement.

Il s'agit ici d'une imprégnation progressive réciproque, le médecin et le patient apprennent à se connaître au cours des années de suivi, et cela sera la base du travail d'éducation quand cela sera nécessaire.

3. Comparaison avec les données de la littérature

Cette étude confirme qu'il ne faut pas amener à la médecine ambulatoire les modèles hospitaliers d'éducation thérapeutique et donc de bilan d'éducation. Cela avait d'ailleurs été préconisé dans le rapport HCSP de 2009.³ Nous observons bien ici que le bilan d'éducation est fait le plus souvent de façon non formalisée, à l'exception des médecins travaillant en maison de santé pluridisciplinaire. Il est nécessaire d'évaluer, comme nous l'avons fait, ce qui est fait par les médecins généralistes, avant de leur apporter des techniques ou des outils qui risquent de ne pas être adaptés à leur pratique.

Ce rapport évoque aussi une spécificité de la médecine générale qui doit être prise en compte.³ Les patients suivis dans nos cabinets sont polypathologiques, les

maladies chroniques sont intriquées, il faut donc éduquer les patients en prenant en compte les problèmes de santé multiples. Cela induirait alors un bilan d'éducation sur chaque pathologie, au risque que le patient et le médecin se perdent dans les redondances. C'est probablement pour cela que le bilan d'éducation se fait surtout au cours du suivi, ce qui permet d'avoir une vision plus globale de l'état de santé du patient.

Ensuite, le fait d'effectuer un bilan d'éducation sur le suivi au long cours du patient correspond bien aux recommandations éditées par la HAS. En effet, l'éducation thérapeutique doit être un processus permanent, avec une prise en charge à long terme⁷. Le fait d'évaluer continuellement le bilan d'éducation lors des consultations correspond plutôt à ce critère et semble plus adapté à la pratique en cabinet de médecine générale.

Concernant la non formalisation du bilan d'éducation lorsqu'il est réalisé par les médecins généralistes, cela est à mettre en parallèle avec la définition européenne de la médecine générale dictée par la WONCA en 2002.⁸ Parmi les caractéristiques de la médecine générale, on retrouve l'approche centrée sur le patient, avec prise en compte des interactions familiales, individuelles et communautaires, une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée, une gestion des problèmes aigus et chroniques du patient, et une réponse aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.⁸ Ces éléments correspondent aux grandes lignes du bilan d'éducation. Cela peut expliquer aussi le fait que le bilan d'éducation semble naturel et ancré dans l'habitude des médecins, puisqu'il est la base de leur profession.

Conclusion

L'étude montre donc que le bilan d'éducation, lorsqu'il était réalisé par les médecins généralistes, était fait le plus souvent en continu, mais de façon non formalisée. L'apport des formations diverses en éducation du patient a permis aux médecins généralistes de prendre conscience de leur pratique. Le bilan d'éducation se fait déjà depuis longtemps en médecine générale, mais le chemin pour l'établir est en général différent de celui du milieu hospitalier ou qu'au sein des réseaux d'éducation. La réalisation du bilan d'éducation telle qu'elle est décrite par la Haute Autorité de Santé semble compliquée à mettre en place par les médecins généralistes du fait de la spécificité de leur pratique, et d'une relation médecin-malade différente de celle du milieu hospitalier. Des recommandations plus spécifiques à la médecine générale seraient peut-être à envisager.

Bibliographie

1. Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, *Therapeutic Patient Education-Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of chronic Disease*, traduit en français en 1998.
2. HAS-INPES, Guide méthodologique-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, consulté le 30 septembre 2012
3. Haut Conseil de Santé Publique, L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours, Novembre 2009, http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_edthsoprr.pdf, consulté le 30 septembre 2012
4. ANAES, La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations, septembre 1996, <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Dm.pdf>, consulté le 7 octobre 2012
5. F. Deschenaux, Guide d'introduction au logiciel QSR N-Vivo 7, janvier 2007, <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/pdf/Nvivo7.pdf>, consulté le 15 octobre 2012
6. FRAPPE Paul. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine : GMSanté , 2011, 43-45 p.
7. HAS, ETP-Définition, finalités et organisation, Juin 2007, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Definition_finalites_et_organisation_-_juin_2007.pdf, consulté le 15 décembre 2013
8. Définition de la médecine générale par la WONCA. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>, consulté le 15 décembre 2013

Annexes

Annexe 1 : Entretien Médecin 1 (M1), le 02/07/2013

Romain Mahieux (RM): Donc tout d'abord voici le contexte de notre recherche, d'un côté la HAS a émis des recommandations concernant la réalisation du bilan éducatif partagé en soins primaires, de même que des recommandations sur la tenue du dossier médical. De plus, lors des stages effectués en soins primaires, ainsi que lors des remplacements, on remarque très souvent que les éléments du bilan éducatif ne sont pas retrouvés dans le dossier médical. C'est donc pour cela que nous avons décidé de faire un « état des lieux » du bilan éducatif en soins primaires, dans le but de rechercher comment font les médecins traitants pour réaliser ce bilan.

Donc vous, ici, vous avez été formé à l'éducation du patient via l'URPS je crois, donc cette formation consiste en quoi ?

M1: Oui tout a fait, euhh, il y a eu euh 40 heures de formation dispensées par l'URPS auxquelles tous les membres de la MSP ont participé, plus une diététicienne, une podologue et deux pharmaciens de la commune. Tout le monde a eu les 40 heures de formation. C'était une formation qui n'était pas spécifique au diabète, d'accord. C'était le diabète que nous avions comme programme initial, mais c'était sur l'éducation thérapeutique en général.

RM : D'accord, vous, le bilan éducatif vous en avez entendu parler quand pour la première fois ?

M1 : Le bilan éducatif euh bon, j'en avais déjà entendu parlé euh par la fac, par euh,

voilà etc., mais bon on en a surtout parlé quand on a fait notre formation sur l'ETP sinon euh, il faut bien reconnaître que ce n'était pas fait dans les dossiers, c'est plutôt quelque chose que l'on a découvert avec cette formation.

RM : D'accord, et donc ici, si on reprend le dernier bilan d'éducation que vous ayez réalisé, comment avez-vous procédé, comment est fait ce bilan d'éducation ?

M1 : Alors le bilan éducatif, avant les séances d'ETP mais ce bilan on ne l'a fait que dans le cadre des gens qui étaient concernés par des séances d'ETP. Pour l'instant qui sont ciblés. Et donc ici ce n'est fait que sur le diabète.

RM : Et donc comment cela se passe-t-il ?

M1 : ça se passe en entretien avec le patient, en gros 30 à 45 minutes, c'est un entretien spécifique, les gens ne viennent que pour cela, et là dans la cadre du bilan éducatif comme nous, c'est ciblé exclusivement sur le diabète, on a effectivement euh, tout un entretien qui porte sur la façon dont ils vivent leur diabète, ce qu'ils en savent, comment ils se projettent euh...(longue hésitation)

RM : Justement, un peu plus précisément, qu'est-ce que vous recherchez pour faire ce bilan ?

M1 : Un peu plus précisément, on a une grille qui nous aide qui a été (recherche de la grille dans l'ordinateur). Donc on y aborde euh, la dimension biomédicale, ses problèmes de santé, la manière dont il les vit, et voilà, sinon c'est aussi sa situation personnelle et professionnelle, et comment cela interfère dans les soins. Alors ça

c'est histoire de pas..., l'entretien ne se passe pas comme cela. C'est une grille qui nous permet de ne rien oublier. On recherche la dimension cognitive, ses angoisses, son stress, et puis la dimension de projet de soins tel qu'il l'imagine dans l'apprentissage, qu'est-ce qu'il pense savoir sur son diabète, qu'est-ce qu'il recherche à savoir sur sa maladie.

RM : Et pour vous quels sont les éléments les plus importants à rechercher pour ce bilan ?

M1 : Euh... Difficile à dire, toutes les dimensions sont importantes, après on n'a pas la possibilité de faire euh, l'important est surtout de trouver les points sur lesquels le patient a son projet, sur quelles dimensions il peut s'appuyer. Par exemple, il y en a qui sont dans le déni car il n'y connaissent rien, il y en a qui ont des difficultés professionnelles, il y en a d'autres qui voudraient bien se mettre à une activité physique, c'est difficile car d'un patient à l'autre, c'est vraiment différent si c'est un diabète ancien, avec des gens qui sont déjà pris en charge quelquefois depuis très longtemps, il y a ceux qui sont les nouveaux diabétiques qui découvrent, et puis c'est aussi voir si ils ont bien conscience de ce qu'est la maladie, son évolution.

RM : Et ces bilans, ces trente à 45 minutes, qui y participe?

M1 : Alors dans le cadre de notre formation, tout le monde peut faire le bilan éducatif, tout ceux qui ont été formés à l'ETP peuvent faire du bilan éducatif, que ce soit le pharmacien etc.... En pratique c'est plutôt les médecins et parfois aussi les infirmières qui connaissent très bien les patients. Jusqu'à maintenant il n'y a eu que les médecins et les infirmières qui ont fait le bilan éducatif. Et à moyen terme, euh,

dans le cadre des séances d'ETP, si on nous impose un fil rouge, c'est la personne qui sera là pendant toutes les séances d'ETP et qui sera chargée de faire le rapport post ETP, c'est-à-dire le bilan après ETP chez le patient. Donc est-ce qu'on va confier le bilan à celui qui a fait le bilan éducatif partagé avant les séances ou pas, on ne sait pas, c'est en réflexion.

RM : Et sinon, est-ce que c'est toujours le médecin qui suit le patient qui fait le bilan éducatif, ou alors c'est un autre professionnel de santé ?

M1 : En principe, jusqu'à maintenant, c'était le médecin traitant qui faisait le bilan éducatif partagé. Cela va changer, car on a le droit maintenant, dans le cadre de l'expérimentation, de voir des patients dont le médecin traitant ne fait pas partie de la MSP. Ce sera le médecin extérieur qui les met en relation avec nous.

RM : Et comment est-t-il réévalué ?

M1 : C'est-à-dire ?

RM : Par exemple vous repérez un patient diabétique, vous faites un bilan éducatif partagé, vous lancez ensuite des séances d'ETP, est-ce que le bilan est réévalué ensuite ?

M1 : Bien théoriquement oui, dans le bilan post ETP oui, c'est là que c'est réévalué, c'est réévalué une fois, à la fin des séances d'ETP. C'est réévalué avec la même grille, on voit ce qu'ils ont retenu, ce qu'ils veulent, ce qu'ils ont changé dans leur pratique. Et après cela peut être réévalué à distance, mais là c'est plutôt au cours

d'une consultation, on voit s'ils ont poursuivi les efforts, etc., mais ce n'est pas formalisé sur le papier.

RM : Et justement, concernant le support de l'information du bilan éducatif, comment sont conservées les informations ?

M1 : Alors, c'est noté là-dessus (me montre la grille du bilan d'éducation), elle est normalement... Pour le moment je ne sais plus si elle conservée dans le dossier médical, pour le moment, elles sont conservées, archivées dans nos dossiers d'ETP. Ce sont des dossiers papier, je ne pense pas, je vais regarder si je prends un dossier de patients, non ce n'est pas fait actuellement. Après on s'est dit qu'il faudrait le conserver aussi dans le dossier patient, ne serait-ce que le scanner et puis le mettre dans le dossier informatique.

RM : Et comment intégrez-vous la consultation dédiée au bilan éducatif à votre activité ?

M1 : C'est durant nos périodes de présence à la maison médicale, cela n'empiète pas sur nos jours de repos, mais je vais dire que ce sont sur des créneaux où les gens viennent sans carte vitale, il n'y a pas de rémunération par le patient, la rémunération est dans le cadre de l'ETP. On précise bien au patient que quand il vient, eh bien nous ne parlerons que de lui et de son ou ses problèmes de santé, mais qu'il n'y aura pas de prescriptions au terme de la consultation. (Le médecin cherche en même temps dans un dossier patient une trace du bilan d'éducation, en vain).

RM : Qu'est-ce qui fait que ce ne soit pas informatisé jusqu'à maintenant ?

M1 : Nous sommes très informatisés, mais là c'est parce que la caisse nous demande des papiers, enfin bref, il fallait qu'on remplisse ce fameux truc (en parlant de la grille) car il doit être colligé de façon anonyme puisqu'on est encore dans le cadre d'une expérimentation. On a une évaluation qui est faite après, et donc tout ça c'était gardé pour faire ces évaluations. Alors c'est vrai qu'on pourrait faire les deux, les numériser pour les avoir dans le dossier patient et les mettre ensuite dans le dossier ETP pour qu'ils soient traités. D'ailleurs c'est toujours possible, on peut les récupérer, ce n'est pas très long à faire.

RM : Et là dans le dossier patient, y-a-t-il une partie réservée à l'ETP ?

M1 : Rien du tout. Mais nous on peut très bien avec cette fiche, la remplir et puis la garder dans le dossier mais on n'a pas le temps de le faire. On ne fait que pour les patients diabétiques, c'est lourd... Donc le bilan éducatif partagé, euh, 45 minutes, euh, en consultation, on ne peut pas faire ça pour tous les patients.

RM : D'accord, et au niveau des outils, à part cette grille, vous n'utilisez pas d'autres outils ? L'informatique n'est pas encore intégrée pour effectuer le bilan, apparemment.

M1 : Ben si j'utilise quand même un peu l'informatique, par exemple je remplis la fiche sur l'ordinateur. Mais on n'a pas d'outil informatique dédié spécifiquement au bilan éducatif du patient.

RM : Et est-ce que vous utilisez l'informatique pour le bilan éducatif des patients tout venant que vous voyez en consultation, qui ne rentrent pas dans le cadre de l'expérimentation ?

M1 : On connaît assez bien les patients, on essaie quand même de toute façon de (hésitation) d'étayer les comptes rendus de consultation, mais c'est bien gentil de le faire mais après il faut y retourner. Si c'est juste pour le mettre dans une consultation, ça n'a strictement aucun intérêt parce qu'avant qu'on y retourne... Eventuellement, dans le cadre du dossier du patient, on pourrait très bien avoir une rubrique bilan éducatif que je mets dans une annexe et à chaque fois qu'on souhaite y ajouter quelque chose, on ouvre la rubrique, cela pourrait se faire. C'est plus une question d'organisation. Je trouve que cela ne sert à rien de mettre les éléments du bilan éducatif dans les consultations, on ne va jamais y retourner. On ne peut pas faire du bilan d'éducation en cours de consultation, ou en tout cas cela ne sert à rien. Il faut vraiment qu'il y ait un temps dédié à cela. Cela n'a aucun intérêt de revenir sur les comptes rendus de consultation, à la rigueur j'utilise le compte rendu de consultation en précision d'un courrier à effectuer pour un confrère, ou alors je remplis le compte rendu de consultation strictement dans un cadre médico-légal, je n'en ai rien à faire de ce que j'écris dedans... Par contre, autant j'estime que dans la consultation je ne vais pas écrire.

RM : Donc finalement, tant qu'il n'y a pas de partie dédiée au bilan éducatif dans le dossier, tout ce qui sera écrit dans le dossier semblera inexploitable.

M1 : Oui, tout à fait.

RM : Et y a-t-il d'autres outils qui pourraient vous aider à faire ce bilan d'éducation ?

M1 : Moi cette grille me plaît bien, elle me permet d'évaluer les différentes dimensions, je travaille avec cela et je trouve ça pas mal. Cela nous permet de se relancer sur les différents éléments du bilan.

Annexe 2 : Entretien Médecin 2 (M2), le 09/07/2013

Ludmila Mahieux (LM) : Il existe des recommandations établies par la HAS sur la façon d'établir un bilan éducatif partagé, des fédérations d'éducation qui ont proposé des recommandations. De plus il existe des recommandations sur la tenue du dossier médical, où finalement, on ne retrouve pas de place pour le bilan éducatif. Enfin, en faisant les stages d'internat en soins primaires, ainsi qu'au cours des remplacements, on se rend compte que les éléments du bilan d'éducation ne sont que très peu souvent retrouvés dans le dossier médical.

Donc, quand avez-vous entendu parler du bilan d'éducation pour la première fois ?

M2 : Quand j'ai fait une formation sur cela et puis en faisant quelques lectures de journaux médicaux. Mais j'y ai été beaucoup plus sensibilisé quand j'ai fait une formation avec le CNGE il y a 3 ans environ. Avant cette formation j'en avais vaguement entendu parler, sans savoir ce que c'était précisément, et je ne savais pas le faire, j'étais incompetent.

LM : Et quand vous en avez entendu parler, c'était pour vous une découverte, ou alors vous sembliez retrouver des choses que vous faisiez déjà auparavant ?

M2 : Si, j'ai découvert des choses, il y a des éléments que l'on faisait de façon intuitive par expérience, mais il y a des choses que je ne connaissais pas et qui ont été une découverte pour moi.

LM : Et donc depuis cette formation, quand vous faites un bilan éducatif, comment procédez-vous ?

M2 : L'idéal est de faire une consultation dédiée pour cela, mais bon ce n'est pas toujours facile, soit le patient ne peut pas, par manque de temps ou par manque de motivation, soit c'est nous qui ne pouvons pas le recevoir, mais l'idéal est cela. Le plus souvent c'est intégré dans une consultation où on travaille là-dessus.

LM : D'accord, donc cela est fait au cours des consultations alors que le patient se présente pour un motif lambda. Et que recherchez-vous alors pour faire ce bilan ?

M2 : Euh, (hésitation) eh bien d'abord son histoire, ses attentes, comment il voit sa maladie, l'évolution, euh, son traitement, c'est vraiment aller au fond des attentes et perceptions du patient.

LM : Et ces éléments, vous les recherchez déjà avant de faire du bilan éducatif ?

M2 : Je les recherchais avant, mais peut-être pas de façon aussi systématique et bien explorée.

LM : Et donc comment faisiez-vous pour fixer les objectifs d'éducation par rapport à maintenant ?

M2 : C'est-à-dire que peut-être ce qui m'a fait basculé grâce à la formation, c'est le fait que ça soit vraiment le patient qui fixe les objectifs et qu'on l'aide à les fixer et on lui fait des propositions, mais c'est surtout le patient qui doit fixer les objectifs. Avant on avait souvent plutôt envie, nous, de fixer nous-mêmes les objectifs. Je pense avoir fait une bascule là-dessus à un certain moment.

LM : Et donc les éléments du bilan d'éducation que vous recherchez, comment les intégrez-vous au dossier médical ? Comment les retrouvez-vous ?

M2 : J'essaie de les intégrer à la consultation et dans le dossier systématiquement. On avait fait avec une interne une consultation type avec une grille des items à rechercher et cela permet de retrouver les éléments qui peuvent nous échapper, cela permet d'être plus systématique. C'est le bilan de départ et après on revoit avec le patient s'il a tenu ou non ses objectifs, qu'est-ce qui fait qu'il ne les a pas tenus, comment il l'explique, et repartir sur de nouveaux objectifs.

LM : Et à quel rythme réévaluez-vous ce bilan ?

M2 : A chaque consultation.

LM : Et dans cet outil que vous utilisez, c'est une grille, et quels sont les éléments que vous recherchez ?

M2 : Ben ce que je te disais tout à l'heure, ses attentes, sa perception de la maladie, et on le fait évoluer au fur et à mesure de l'évolution de la maladie. Mais ce n'est pas forcément toujours suffisamment matérialisé. Ce n'est pas toujours bien distinct de la consultation, car il y a toujours, et je crois que c'est le cas en médecine générale, il y a toujours d'autres éléments, même si tu fais une consultation dédiée au bilan éducatif, tu as toujours d'autres choses qui viennent interférer dans la consultation, c'est toujours très difficile d'isoler cela.

LM : Cet outil vous paraît-il suffisant, avez-vous imaginé d'autres outils pouvant être plus pratiques ?

M2 : Je pense que ça pourrait être amélioré par un outil simple, utilisable en pratique et qu'on puisse peut-être isoler dans une partie du dossier patient, qui revienne systématiquement pour rappeler les informations précédentes.

LM : Quant à l'usage des outils, pensez-vous que les outils pour le bilan d'éducation sont nécessaires ou est-ce que ça doit se faire naturellement sans outil ?

M2 : Moi je pense que surtout au départ, il faut qu'on ait un outil permettant d'être systématique puis au bout de quelques temps, cela va être intégré dans notre cerveau et on le fera systématiquement, et puis il faut des traces. Par exemple, il faut pouvoir dire on a fait telle chose ce jour-là et puis on a eu tel résultat à cette date-là, telle réussite ou échec à un moment donné de la prise en charge. Je pense qu'il faut qu'il y ait des traces, tout en étant simple, vite rempli, euh, si c'est quelque chose de compliqué, personne ne s'en servira, il faut des questions simples, basiques.

Annexe 3 : Entretien Médecin 3 (M3), le 24/07/2013

RM : Concernant le bilan éducatif, des recommandations ont été émises par la HAS, par des fédérations d'éducation du patient, et il existe aussi des recommandations sur la tenue du dossier médical. Et là on observe qu'il n'y a pas de place laissée dans le dossier médical pour le bilan éducatif. Donc avant de penser à développer des outils intégrables au dossier médical, nous essayons de faire un état des lieux du bilan éducatif en médecine générale.

Donc ma première question est : quand avez-vous entendu parler pour la première fois du bilan éducatif ?

M3 : J'en ai entendu parler pour la première fois lors de la thèse d'un confrère sur l'éducation du patient en diabétologie, en 2009, et ensuite je me suis informé via des lectures de revues médicales.

RM : Et donc de quelle façon abordez-vous le bilan éducatif dans votre pratique quotidienne ?

M3 : Je pense que c'est plutôt fait de façon intuitive que quelque chose de systématisé. J'en fais tout le temps, je n'arrête pas de parler, de diffuser des infos, d'en rechercher. Je recherche surtout des infos pour améliorer le bien-être du patient, son ressenti de la maladie, son vécu, les conséquences de sa maladie sur sa vie quotidienne.

RM : Et cela vous aide alors à fixer des objectifs avec lui ?

M3 : Les objectifs sont déterminés d'avance, l'hémoglobine glyquée, les cibles de cholestérol LDL, ce sont des normes qui existent, qu'il suffit d'appliquer.

RM : Mais pour arriver à ces objectifs de normes, comment vous y prenez-vous ?

M3 : (hésitation) Je ne sais pas dire !

RM : Si on prend l'exemple d'un patient diabétique, qui a une hémoglobine glyquée à 10%, et que ce patient présente aussi d'autres pathologies cardio-vasculaires par exemple, comment allez vous faire pour arriver à votre objectif souhaité d'hémoglobine glyquée ?

M3 : Lui demander ce qui ne va pas, pourquoi il est déconnecté par rapport à la maladie. Souvent nous avons des réponses du genre « dépression », « ras le bol des traitements, des régimes », « je fais ce que je veux ». Je recherche ce qu'ils comprennent de leur maladie, pourquoi cette réaction. Il faut je pense aussi rechercher s'ils ont compris le but du traitement, comment ils le prennent, l'observance... et les interactions familiales qui jouent aussi dans le suivi du patient...

RM : Et alors ce bilan d'éducation que vous faites de façon intuitive, vous l'intégrez comment dans votre consultation ?

M3 : Alors je ne fais pas de consultation dédiée à cela, ça se fait tout de suite dès l'annonce d'un problème de santé, je ne vais pas attendre avant d'éduquer, je ne

vais pas donner non plus trop d'informations d'un coup.

RM : Et qu'est-ce qui vous freine pour faire un bilan éducatif en consultation dédiée à cela ?

M3 : Je ne sais pas ce que j'y mettrais dans une consultation comme cela. Je n'ai pas de schéma, il me manque un support des thèmes à aborder pour faire cela. Ce n'est pas un problème de temps, car s'il faut je le prendrais ce temps, surtout si cela peut permettre d'améliorer le bien-être du patient, mais là sur une heure de consultation, je manque d'outils.

RM : Et quand réévaluez-vous votre bilan éducatif, donc ?

M3 : Tout le temps. Je demande les résultats biologiques et en fonction des résultats chiffrés, on revoit ce qui va ou ne va pas, ce qui fait que l'objectif est tenu ou non. Par contre j'en parle plus facilement au cours d'une consultation pour laquelle le patient vient pour le renouvellement de son traitement de sa maladie chronique. S'il vient pour un problème autre, je l'évoque très rapidement, sans m'étendre sur le sujet sauf si le patient le souhaite.

RM : Et avant de commencer une éducation thérapeutique et donc de fixer les objectifs, vous recherchez les éléments de bien-être, mais que recherchez-vous d'autre ?

M3 : (Silence) Je recherche ce que ressent le patient pour qu'il prenne conscience de sa maladie, où il en est sur la connaissance de sa pathologie, mais il est vrai que j'en viens rapidement à apporter les informations. De toute façon les patients en savent

beaucoup plus que nous car ils sont directement concernés. Il y a les lettres, le diagnostic évolue en fonction de chaque courrier médical, et pour nous médecins, on peut oublier certaines informations du début de l'évolution de la maladie, mais le patient se souvient de tout en général, car il l'a vécu, mais pas le médecin, nous l'avons simplement accompagné.

RM : Et par rapport aux éléments que vous recherchez, les objectifs que vous fixez, est-ce que vous gardez une trace de tout cela ?

M3 : Pas grand-chose. Je garde une trace de tous les écrits que je fais. Par exemple, quand je donne une explication sur une pathologie ou autre, ou quand je fixe des objectifs au patient, je laisse alors une trace écrite soit directement dans le dossier informatique, soit, quand je suis en visite, je l'écris sur une ordonnance, et je scanne le duplicata au cabinet pour l'inclure dans le dossier.

RM : Et dans votre dossier médical, y a-t-il un endroit prévu pour y inscrire les éléments du bilan d'éducation ?

M3 : Non, cela n'existe pas. Mais c'est envisageable, il faudrait faire une fiche avec des éléments à rechercher pour mieux aborder le patient. Car si je mets les informations du bilan éducatif dans le compte rendu de la consultation du jour, ce sera une information qui ne sera pas disponible, car difficile à retrouver quelques mois ou années plus tard, par rapport à un document que l'on fait évoluer au fil du temps. Le problème est que je n'ai pas d'endroit, dans mon logiciel, pas d'endroit où je puisse mettre du texte qui ne concerne pas l'administration et qui ne concerne pas la consultation. Il faudrait un truc intermédiaire pour y recenser les informations.

RM : Et en se basant sur votre expérience, quelles rubriques aimeriez-vous retrouver dans ce document ?

RM : Si on parle de diabète, on pourrait y retrouver son alimentation, ou de façon plus générale, ses habitudes, ensuite j'y mettrai son comportement à l'évocation de la maladie, en est-il conscient, la dénigre-t-elle, ou alors y est-il très attentif. Il est intéressant aussi d'y rapporter son comportement en cas de dérapage dans le suivi (soit des consultations, du traitement), son environnement familial, professionnel. Après dans les maladies respiratoires, on a les objectifs chiffrés des EFR pour lesquelles nous sommes sensés débiter tel ou tel bronchodilatateur en fonction des données, mais au finale, quand on a le résultat des EFR et qu'on en parle au patient en disant qu'il faudrait faire telle ou telle inhalation, eh bien là on est souvent en décalage avec le patient. Les gens sont très au courant de leur situation, c'est du vécu et du permanent, ils ressentent vite les symptômes, et ils ne se traitent pas autant qu'on aurait voulu, quoi. Il faut qu'on s'adapte au seuil d'acceptabilité de la gêne pour tel ou tel patient. Et cela pourrait aussi transparaître dans le document imaginé précédemment, mais par contre comment le grader, je n'en ai aucune idée... une croix dans une case, ça me paraît un peu insuffisant... Après pour en revenir au document, on pourrait aussi y mettre les loisirs du patient, l'activité physique, le temps passé devant la télé par jour. Et tout comme on évaluerait la dyspnée acceptable chez l'insuffisant respiratoire, on pourrait aussi y mettre l'acceptabilité de la douleur pour un patient cancéreux. Des gens vont accepter une EVA à 3 ou 4, d'autres pas du tout. Il faut non seulement quantifier la douleur si cela est possible, mais surtout évaluer le ressenti douloureux, les attentes de la personne concernant cette douleur.

RM : Et si vous possédiez un outil de ce type-là, vous arriveriez à l'intégrer dans votre pratique ?

M3 : Oui, je pourrais l'intégrer, pourquoi pas. On a déjà pour la santé en général des trucs qui s'allument sur le dossier médical, pour des rappels de vaccins par exemple, et pour lesquels il suffit de renseigner une case pour créer le rappel suivant. Là si on a un texte explicatif, et des éléments à remplir en fonction de notre patient, oui c'est possible, tout en gardant une zone de texte libre, car tout le monde ne rentre pas dans les cases. Tout le monde a sa particularité qui fait que pour certains items, il faut y apporter une touche personnelle.

RM : Et en prenant conscience que ce que vous faisiez de façon intuitive, aujourd'hui on essaie de le mettre en évidence, et de l'expliquer, et de former des gens à cela, est-ce que cela vous incite à faire plus attention aux éléments du bilan d'éducation ?

M3 : Est-ce que je serai meilleur ? Oui, je pense que je le serai, en ayant tous ces éléments en ma possession, ça permettra de mieux prendre en charge le patient dans sa globalité et mieux comprendre ses difficultés, ses réticences, son vécu de la maladie, son retentissement sur la vie du patient.

Annexe 4 : Entretien Médecin 4 (M4), le 08/08/2013

LM : Par rapport au bilan éducatif en général, il existe des recommandations sur son établissement qui ont été rédigées par la Haute Autorité de Santé, ainsi que par des fédérations d'éducation du patient. De plus, il existe des recommandations sur la tenue du dossier médical, et on s'aperçoit qu'il n'y a pas de place laissée au bilan éducatif dans le dossier médical. C'est pour cela qu'avant d'envisager des outils pour aider à faire ce bilan par exemple, nous cherchons à établir un état des lieux du bilan éducatif en médecine générale, et donc nous cherchons à savoir comment font aujourd'hui les médecins généralistes pour effectuer un bilan éducatif.

Tout d'abord, comment vous êtes-vous formé à l'éducation thérapeutique du patient ?

M4 : Je me suis formé via l'URPS et via des lectures d'articles de revues médicales tout d'abord, j'ai découvert cela petit à petit depuis quelques années. Et ensuite en étant président d'un réseau de prévention des facteurs de risque cardio-vasculaires, je me suis formé par expérience à l'ETP en général.

LM : Quels sont les éléments du bilan que vous recherchez habituellement ?

M4 : Le bilan éducatif, pour moi c'est reprendre l'histoire du patient, ses connaissances, son milieu de vie, son bien-être, mais aussi évaluer le stress du patient. Le problème posé par des documents types qui reprennent des éléments à rechercher, c'est le type d'évaluation. Ce que je veux dire par là par exemple, c'est qu'on ne peut pas évaluer le stress du patient en cochant une case, cela ne va pas

refléter le patient. Le problème est comment transcrire un stress, une émotion, sur le papier, comment transcrire une dimension humaine du patient via des outils informatiques dans le cadre du bilan éducatif. Par exemple, j'ai en mémoire un patient qui avait récemment arrêté de se soigner du jour au lendemain, arrêt des traitements, refus de consultations spécialisées, et en discutant avec lui, en le travaillant un peu, il a fini par cracher le morceau en disant que sa femme l'a quitté à ce moment. Le travail était à l'amener à comprendre cela, et trouver une solution en se recentrant sur ses enfants par exemple. Mais cette dimension est difficile à retranscrire en langage informatique...

Ces informations nous les avons en nous, nous connaissons le patient, mais comment le transcrire, nous n'avons pas le temps, de plus le bilan éducatif n'est pas quelque chose de reconnu dans la cotation des actes, nous n'avons pas d'outil informatique, même des MMS sont difficiles à faire au quotidien.

LM : Et donc, justement, comment faites-vous au quotidien le bilan éducatif ?

M4 : Il est difficile de faire venir le patient au cabinet pour « juste » poser des problèmes ou faire un point sur une situation donnée. Le médecin est souvent dans un travail d'urgence, il est rare d'avoir des patients qui souhaitent poser un rendez-vous à trois semaines pour parler d'une situation particulière en dehors de la consultation pour un renouvellement de traitement qui ne devrait pas être utilisée pour faire du bilan d'éducation car elle a déjà un contenu dense parfois. Seulement par défaut nous sommes contraints de le faire à cette occasion. L'idéal serait de bloquer une demi-journée pour faire des rendez-vous pour faire du bilan d'éducation, ou des MMS... Mais au finale c'est le patient qui impose le rythme de réévaluation.

LM : Utilisez-vous des outils pour effectuer un bilan éducatif ?

M4 : Alors oui j'utilise un document qui nous est fourni par l'URPS, qui présente différents éléments à renseigner, ça tient sur une double page, et ça reprend plusieurs éléments. Mais ce qu'il nous faudrait, c'est un formulaire à remplir, plus simple.

LM : Et si on revient au document qui vous aide à faire le bilan d'éducation, quelles informations devraient être recherchées par ce document si celui de la HAS ne correspond pas à votre attente?

M4 : Si je devais faire une fiche du bilan d'éducation pour le cabinet médical, je mettrais la motivation du patient, ses connaissances par rapport à la maladie, l'état de stress, l'état de bien-être, une description succincte de la patiente, avec date de naissance, ce qu'il dit de ses problèmes de santé, la présentation du patient (son état général d'hygiène, ses préoccupations, son niveau d'étude, ses connaissances médicales s'il en a, et de sa maladie ensuite). Pour l'échelle de stress, connaissance, il faudrait une sorte d'échelle de 0 à 10, ou alors un curseur que l'on peut déplacer en fonction de l'état de stress du patient par exemple, et qu'on peut faire évoluer facilement au cours du suivi.

Et concernant la description des patients, il faudrait du texte libre avec des mots clefs pour chaque item. Par exemple dans son mode de vie (en couple, vit seul ?) ou alors sur son hygiène (tenue vestimentaire peu soignée, ou alors prend soin de lui), ainsi quand on voit la fiche, on a de suite une image du patient. Un autre élément de la fiche pourrait aussi être l'abord des questions, est-ce que le patient est curieux d'informations, ou alors s'en tient-il seulement aux informations que l'on donne. Je

pense qu'en faisant comme cela, on pourrait avoir quelque chose de facilement utilisable, et reflétant vraiment le patient.

LM : Et donc faute de documents utilisables actuellement, comment conservez-vous les éléments du bilan éducatif ?

M4 : Pour faire un bilan éducatif initial, je le fais en trois-quatre fois, au cours de consultations successives, et mon problème est qu'aujourd'hui, je n'ai pas d'outil me permettant de retranscrire ces informations, ou alors je les noie au milieu de comptes rendus de consultations, mais après j'ai beaucoup de mal à les retrouver, je ne cherche même plus, d'ailleurs.

Et mon problème est aussi de retranscrire le ressenti que j'ai sur le patient, je ne manie pas assez le verbe pour cela, raison aussi pour laquelle un outil tel qu'un formulaire peut permettre de standardiser un minimum le bilan éducatif, tout en sachant qu'il faut aussi le personnaliser un peu en fonction de chaque patient.

Il manque aujourd'hui un document qui soit entre la HAS et ce qui est fait dans la réalité quotidienne.

LM : Et ce document, serait-il intégrable dans votre pratique quotidienne ?

M4 : Ah oui tout à fait, je suis informatisé, il suffirait de faire un document type, mais fait par des médecins généralistes, et de le présenter aux différents éditeurs de logiciels pour qu'ils l'intègrent dans le dossier. C'est quelque chose qui me semble simple, et ainsi, en ayant une partie du dossier dédiée aux éléments du bilan éducatif, on pourrait très bien au cours d'une consultation y intégrer les éléments du bilan éducatif recueillis au cours de la consultation. Car ensuite c'est tout au long du

suivi du patient que va évoluer le bilan éducatif, et c'est cela qui est très intéressant, c'est de revoir à un certain moment du suivi du patient, toute l'évolution de ce bilan, et donc l'évolution du patient et de son problème de santé. Cependant, sans trace exploitable des informations, c'est quelque chose d'assez difficile à mettre en évidence...

Annexe 5 : Entretien Médecin 5 (M5), le 24/9/2013

RM : Concernant le bilan éducatif, il existe des recommandations éditées par la HAS, ainsi que par des fédérations d'éducation du patient, et il existe aussi des recommandations sur la tenue du dossier médical. Sur ce point, on observe qu'il n'y a pas de place laissée dans le dossier médical pour le bilan éducatif. Donc avant de penser à développer des outils intégrables au dossier médical, nous essayons de faire un état des lieux du bilan éducatif en médecine générale.

Tout d'abord, comment avez-vous entendu parler du bilan éducatif pour la première fois ?

M5 : Par PREVART, qui est un réseau pour patient poly vasculaire, il y a un peu plus de quinze ans, et donc on a été formé à cela via le réseau. Ensuite on en a un peu parlé par la FMC locale.

RM : Et donc au cabinet, comment vous y prenez-vous pour réaliser un bilan d'éducation ?

M5 : Alors si on prend l'exemple d'un patient poly pathologique, avec des facteurs de risque cardiovasculaires importants, je commence par faire une enquête alimentaire, le point sur son activité physique, ses habitudes de vie en somme. Ensuite j'évalue sa volonté dans la prise en charge. Après il y a des choses que je ne cherche plus car je connais les patients, comme son emploi, son contexte familial. Je ne demande plus ces informations, car je les connais très bien, je suis souvent des familles entières. Et avec les éléments en ma possession, je vois avec le patient ce qu'il lui semble possible de faire pour améliorer une situation. Après ce sont des choses

relativement difficiles à faire car pas beaucoup de temps au cabinet, mais il faut le faire car tout le monde ne peut pas entrer dans les réseaux. L'éducation thérapeutique en général est très chronophage, on peut comparer ça à la prise en charge des patients qui ont des addictions, ça prend beaucoup de temps, et il faut avouer qu'on est assez souvent déçu...

RM : Et comment l'intégrez-vous à la consultation ?

M5 : Alors je ne fais pas de consultation dédiée, car je n'ai pas l'habitude, pas de temps, et je pense qu'une consultation dédiée avec des gens que l'on suit depuis 15 à 20 ans, c'est pas toujours très adapté. Non je fais le bilan au cours des consultations, quel qu'en soit le motif de consultation. Le but est d'apprendre le plus de choses sur le patient, et les informations sont alors récoltées petit à petit, et c'est comme cela que je procède pour faire le bilan.

RM : Et quand vous récoltez ces infos, comment faites-vous pour les conserver ?

M5 : Alors je suis informatisé depuis peu, je marque tout dans le dossier, je suis très bavard ! Alors je n'ai pas d'emplacement dédié, tout se trouve dans le compte rendu de consultation. Après quand j'ai besoin d'une info, j'utilise des rappels par mots clés dans le dossier pour retrouver l'info. Mais il est vrai que cela peut manquer. Alors par contre pour ce qui est des faits importants, des antécédents psychosociaux, il peut m'arriver de les mettre dans les antécédents. Mais bon, en général on retient beaucoup d'information sans les noter.

RM : Et est-ce qu'il y a des outils supplémentaires qui pourraient vous aider à mieux reprendre les éléments du bilan d'éducation ?

M5 : Alors tout pourrait être amélioré, on pourrait avoir un document dans le dossier qui répertorie les éléments du bilan d'éducation mais est-ce que je l'ouvrerais régulièrement, j'ai des doutes, car je manque de temps, je mets des consultations tous les quarts d'heure, je déborde souvent, et arrivé en fin de journée, je ne pense pas que je ressortirais cette fiche. Alors après, c'est un document qui pourrait se remplir petit à petit, mais bon... Encore une fois, en médecine générale, les patients nous les connaissons, il y en a certains que l'on voit tous les mois, je sais très bien comment les aborder chacun, ce qu'ils souhaitent ou non en entrant dans le cabinet, ce que je peux leur proposer ou non.

RM : Et si par exemple, vous décidez d'utiliser le document évoqué tout à l'heure, qu'aimeriez-vous alors trouver sur ce document pour faire le bilan d'éducation d'un nouveau patient ?

M5 : Alors ses habitus, les addictions, euh, ses connaissances de ses maladies, en contrôlant ce qu'il dit par rapport aux courriers médicaux des confrères spécialistes. Je cherche aussi à savoir s'ils ne sont pas dans le déni de certains problèmes de santé. Après j'aime bien savoir ce qu'ils pensent de leur traitement, c'est-à-dire s'ils l'estiment nécessaire, s'ils aimeraient le diminuer parfois, les oublis... Et évidemment, je pose des questions d'ordre général sur son contexte socio-professionnel. Avec ça on a déjà un bon point de départ pour travailler. Et puis après c'est en voyant la personne, la façon dont elle s'exprime, la confiance ou non qu'elle dégage, et avec mon expérience acquise au fur et à mesure des années, que je suis

amené à aborder les choses de telle ou telle façon. Mais après je vais apprendre à le connaître petit à petit, au fur et à mesure des consultations. Tout ce que je viens d'évoquer, je vais pas tout demander en une consultation.

RM : Et comment réévaluez-vous le bilan d'éducation ?

M5 : Je ne le réévalue pas trop vite, j'attends que l'on ai fixé quelques objectifs, puis je laisse un peu de temps au patient, pour voir si ses pratiques, si ses connaissances de la maladie évoluent. Je revois si le patient a avancé un peu dans la prise de conscience de son problème de santé, ce qui va permettre une prise en charge différente. Pour moi, ça ne s'évalue pas à un instant T, c'est quelque chose qui se fait sur du long terme, on a la chance en médecine générale, de revoir régulièrement les patients, je préfère largement prendre 6 mois pour évaluer une situation, et choisir ainsi le meilleur moment pour fixer des objectifs adaptés, au moment où le patient sera prêt à les tenir, plutôt que d'envoyer tout le monde dans les réseaux, alors qu'ils n'en ont pas toujours envie. Je propose surtout le réseau aux patients demandeurs, bien sûr, et aux patients qui ont des antécédents de maladie plus anciennes, pour qui je ne peux pas y arriver seul, ou très difficilement en tout cas.

RM : Et est-ce que le fait de faire des bilans d'éducation a changé votre prise en charge ?

M5 : Oui, avant je le faisais de façon intuitive sans être exhaustif. Mais maintenant à force de l'entendre dans les réseaux, dans les FMC, je fais beaucoup plus attention à cela, je pars plus du patient pour fixer des objectifs d'éducation, alors qu'avant je donnais un peu mes objectifs, en faisant plus ou moins attention à les adapter au

patient. Mais encore une fois, ça prend beaucoup de temps, et peut-être d'autant plus que les anciens médecins comme moi n'y faisons attention que depuis une dizaine d'années, donc c'est quelque chose qui n'est pas très naturel, ça demande pas mal de travail sur nous aussi.

Annexe 6 : Entretien Médecin 6 (M6), le 03/10/13

LM : Bon, d'abord, comment-avez vous entendu parler, vous, du bilan d'éducation ?

M6 : Bah, l'éducation thérapeutique , je connais depuis le départ parce que, j'ai fait,..., j'ai fait énormément de prévention primaire en ce qui concerne le tabagisme, donc euh, la notion d'éducation thérapeutique, en fait elle est.., elle émerge de recommandations qui sont des recommandations européennes, de la Commission européenne sur la manière de faire de la prévention primaire de façon la plus intelligente possible en travaillant sur euh, sur les modifications de la tension et non sur le statut. Donc ça c'était dans les années, euh, on va dire dans les années 90, 90-96, et à partir de là moi j'ai travaillé personnellement là-dessus. Par la suite, j'ai travaillé avec le réseau REDIAB, qui a développé l'éducation thérapeutique en diabétologie, j'ai été formateur pour le réseau REDIAB. Après, bah voilà, ça a été fait au fur à mesure.

LM : Et votre formation initiale sur le bilan d'éducation et sur l'éducation en général ?

M6 : Bah elle s'est fait de façon autodidacte, avec des lectures, avec... A l'époque, y avait rien, y avait aucune formation, bien sûr, et donc euh, au départ je l'ai faite, euh.., la formation officielle je l'ai faite avec REDIAB, donc dans les années... on va dire 2000 et puis euh, par la suite en étant formateur en éducation thérapeutique, j'ai animé tellement de formations là-dessus que forcément je me suis formé, je me suis entretenu là-dedans, et puis j'ai eu la chance de connaître des gens très pointus dans le domaine, et donc de discuter, d'échanger, enfin voilà.

LM : Parfait. Donc, quand vous êtes dans votre cabinet, comment procédez-vous en général si vous repensez au dernier bilan d'éducation que vous avez pu faire ?

M6 : Alors, je le, euh, l'exercice libéral de médecin généraliste, spécifique (insistance) fait que le diagnostic éducatif, il ne se fait pas du tout de la même façon qu'à l'hôpital. Moi je peux comparer les deux, forcément. En médecine générale, y a une imprégnation progressive réciproque entre le médecin traitant et la famille parce que ça va bien au-delà du patient, hein, ça va..., en médecine générale on a la chance tout de suite d'intégrer les éléments systémiques familiaux, les éléments systémiques sociaux et les éléments euh, systémiques familiaux, que j'ai déjà dit. Euh, donc le fait d'avoir cette imprégnation progressive hein, qui se fait depuis toujours, fait que le diagnostic... Et en plus y a cette connaissance de la thymique de l'individu et de son mode de fonctionnement, que l'on a repéré dans plein de circonstances, qui fait qu'on connaît tout de suite, on sait très bien, celui-là il fonctionne au tout ou rien. J'en parlais tout à l'heure, voilà celui-là, pas besoin de... je le sais ça, depuis x temps qu'il fonctionne au tout ou rien, et qu'il faut pas le bloquer là-dessus, parce que sinon ça va créer une résistance et on arrivera à rien. Il faut plutôt passer par les avantages, il faut plutôt, voilà. Et donc euh cette histoire-là, elle est pas formalisée en médecine générale. Donc le diagnostic éducatif en médecine générale, il est pas formalisé ou très peu. Avec l'informatique, y a des notions qu'on fait petit à petit apparaître mais qui sont surtout des notions somatiques. Donc tout le versant somatique et tout ce qu'on va pouvoir se servir en éducation thérapeutique qui est somatique, ça va être dans le dossier médical, mais tout ce qui est, euh, connaissance du milieu dans lequel évolue le patient et du mode de fonctionnement du patient, ça, c'est pas formalisé dans le dossier, enfin moi personnellement c'est pas formalisé dans le dossier, mais je sais comment ça

marche, j'ai pas besoin de le formaliser, c'est du temps perdu pour moi. En fait en médecine générale, le diagnostic éducatif, il est souvent fait, je pense par la plupart des médecins traitants sauf ceux qui en voient 60 par jour, là effectivement là y a rien du tout mais les médecins généralistes qui ont une patientèle à peu près normale, tout ça c'est fait. Moi en plus y a des gens j'ai soigné, j'expliquais hier aux infirmières, j'ai soigné parce que je vais bientôt arrêter, j'expliquais ça c'était un peu difficile, j'ai soigné la grand-mère, j'ai soigné les parents, j'ai soigné les enfants, je soigne maintenant les petits-enfants (rire). Et donc tout ce qui est facteurs socio-culturels, j'ai pas besoin de les marquer, je les connais. Alors qu'en hospitalisation on est obligé de les marquer, parce qu'on ne connaît pas les gens, donc voilà, c'est la grande différence.

LM : Et donc ce diagnostic éducatif si c'est un nouveau patient que vous ne connaissez pas du tout ?

M6 : Alors là effectivement, si c'est un nouveau patient qu'on ne connaît pas bien, euh, (réfléchit), alors je vais faire comme j'ai toujours fait, bah c'est à dire euh, évidemment, je vais faire mon diagnostic médical et puis après je vais analyser, je vais analyser, mais pas à la première consultation, certainement pas à la première consultation ! Je vais analyser comment ça fonctionne, comment ça fonctionne entre nous, comment ça fonctionne lui comment il fonctionne, quels sont ces points de difficulté, etc., mais je ne vais pas faire comme à l'hôpital, un diagnostic où je demande, euh, où j'interroge sur la façon dont on s'est construit, la façon dont on vit avec les autres, voilà c'est pas pareil.

LM : Pour vous, en gros, la consultation dédiée n'a pas sa place ?

M6 : Alors si, si, elle pourrait avoir sa place, bien évidemment, mais dans un autre cadre que celui de la médecine générale actuelle.

LM : Oui, mais dans quel cadre alors, selon vous ?

M6 : Alors elle pourrait avoir sa place dans, euh..., (réfléchit), moi ce dont j'ai l'expérience c'est là où effectivement elle a sa place, c'est dans l'éducation thérapeutique en groupe, là je pense que ça a sa place euh, parce que là on connaît pas toujours forcément les gens dont on est chargé, euh...

Elle peut avoir sa place aussi euh dans... Dans les gens dont est le médecin traitant depuis x temps, c'est fait, ça a sa place mais c'est fait. Ce n'est pas la peine de refaire. Voilà, ce n'est pas la peine de refaire. Dans les gens qu'on connaît un peu moins bien, effectivement, qu'on connaîtrait pour la première fois, et donc par exemple je sais pas y a un diabète c'est sûr que je vais un peu accélérer les choses, mais je vais faire... Un diabète qu'on prend en charge, au début on le voit tous les quinze jours, puis tous les mois, puis donc ça va se faire petit à petit et puis si jamais on met en place un programme d'éducation thérapeutique, soit individuel ou collectif, je vais utiliser les éléments que j'ai recueillis petit à petit, mais qui sont pas forcément formalisés.

LM : Donc c'est plutôt quelque chose qui se fait naturellement, un processus naturel d'échanges avec le patient.

M6 : Oui, voilà, c'est un processus qui se construit dans l'exercice, je vais dire quand même dans l'exercice d'une bonne pratique parce que ça nécessite l'exercice d'une bonne pratique.

LM : Le diagnostic éducatif à l'hôpital, dans les recommandations on est censé le réévaluer. Et vous, comment le réévaluez-vous?

M6 : C'est pareil, la réévaluation elle est bien, c'est pas ça, mais le problème, euh, le problème en médecine générale, c'est plus dans la formalisation de la réévaluation que dans la réévaluation elle-même qui se fait tout le temps. Ca se fait à chaque consultation. On réévalue ce qu'on fait, voilà, elle se fait tout le temps. Elle ne se fait pas toujours sur l'ensemble des axes. Est-ce que je suis bien arrivé à ça, à cet objectif-là ? Ca se fait pas, voilà on prend pas les dix objectifs qu'on s'était fixés et puis voir si ces dix sont..., mais voilà, un coup on revoit s'il a compris comment s'autosurveiller en diabète, ou un coup on voit si y a pas de dérapages au niveau alimentaire, voilà ; euh, un coup on voit s'il est bien dans sa tête, voilà c'est..., ça se fait..., et puis en fonction de ce qu'il nous dit, voilà, c'est interactif.

LM : Comment retenez-vous l'information découlant de tous ces éléments que vous voyez en consultation ?

M6 : Les éléments qui m'intéressent, je les note, je note d'ailleurs plus les éléments négatifs que positifs, mais euh... mais non, non, je ne formalise pas forcément... non, non, non, en médecine générale y a beaucoup de choses qui restent dans la tête, alors c'est vrai que dans le cadre d'un cabinet de groupe c'est peut-être un peu embêtant mais chez moi j'ai un exercice perso.

LM : et qu'est ce qui fait que vous ne formalisez pas justement ?

M6 : bah parce que j'ai un exercice perso tout simplement. C'est vrai que dans le cadre d'un cabinet de groupe, c'est peut-être un peu différent, il faudrait peut-être plus formaliser. Oui, ça c'est une faiblesse que j'ai. Je ne formalise certainement pas assez.

LM : Quand vous formalisez, c'est plutôt dans les comptes rendus de consultation ?

M6 : oui, les comptes rendus de consultation. Je le fais de temps en temps oui, je le fais de temps en temps parce que comme j'ai un exercice un petit peu particulier, j'ai des gens qui viennent me voir spécifiquement pour telle ou telle chose, et dans ce cas-là, je le fais, j'ai mon schéma éducatif dans le dossier.

A ce moment-là, si c'est des gens que je ne connais pas, je fais exactement comme je fais ici, j'analyse et les facteurs systémiques et les facteurs psychiques et euh les facteurs biophysiologicals. J'analyse l'ensemble de ces facteurs et en fonction de ça je vois comment je vais travailler avec.

LM : Et ça c'est pour les gens vraiment qui viennent pour un problème spécifique ?

M6 : Oui, voilà, spécifique.

LM : Pour un patient lambda de votre patientèle, par exemple de la famille que vous suivez depuis longtemps...

M6 : ah bah y a rien de tout ça dans le dossier.

LM : tout est intuitif, tout est retenu ?

M6 : non pas intuitif, métacognitif.

LM : métacognitif ?

M6 : (rire) Intuitif, ça voudrait dire qu'il y a un part de pif, tandis que métacognitif, c'est l'ensemble des cognitions qu'on a sur une situation donnée depuis x temps, qui sont même dans le subconscient, qui fait qu'on a cette conduite a priori intuitive, mais qui résulte de l'ensemble des connaissances qu'on a acquises.

LM : Et le d'avoir fait ces formations sur l'éducation du patient, sur le bilan éducatif, est-ce que ça a changé votre prise en charge ?

M6 : Bah c'est une question que je me suis souvent posée, euh, je ne sais pas si c'est spécifiquement... (Réfléchit) Si ça a fait bouger les lignes, c'est incontestable que ça a fait bouger les lignes, euh, en réévaluant. D'où l'importance de méthodologie dans le soin.

Voilà, c'est-à-dire en obligeant à avoir des micro-objectifs dans la tête, à avoir... à bien penser lorsque l'ensemble des micro-objectifs nécessaires au bien-être d'un individu soit pris en compte et en essayant de ne pas en oublier, donc, voilà, c'est de la méthodologie, après en réévaluant évidemment régulièrement, c'est l'ensemble des micro objectifs.

Tout ça c'est vrai que c'est des notions qu'on n'avait pas trop... en fait, mais là

encore c'est un continuum. Moi j'ai l'impression que dans toute ma carrière, puisque je la termine, je peux en parler comme ça, d'avoir toujours appris et d'avoir toujours changé. Je ne suis pas ce que j'ai été et ce que je serai demain. Voilà, et donc ça, c'est vraiment un truc, voilà j'ai travaillé d'une certaine façon que je ne renie pas au départ, et puis, à un moment donné je me suis rendu compte que je faisais trop d'actes donc j'ai changé d'optique, voilà. Mais je ne renie pas tout ce que j'ai fait. Je l'ai fait parce que c'était comme ça à l'époque et puis voilà, quoi. A l'époque, vous savez, la médecine qu'on nous a enseignée, enfin moi la médecine qu'on m'a enseignée, c'était peanuts ! Voilà, je ne pourrais pas travailler avec ce que j'ai appris à la Faculté, enfin y a de ça 40 ans quand même ! Ce qu'on apprenait, ce n'était pas Charcot mais presque, hein ! (Rire)

LM : Donc, cela a modifié votre prise en charge et est-ce que ça l'a améliorée ?

M6 : C'est difficile à dire, c'est..., ça l'a adaptée, ça l'a adaptée à la pratique actuelle et à la société actuelle, parce que les patients, c'est plus les patients qu'on avait y a 40 ans, c'est plus les patients qu'on a maintenant. (Boit une gorgée d'eau)

LM : Pour en revenir juste aux outils, notamment vous dites qu'en cabinet de groupe ce serait plus intéressant peut-être d'avoir justement un document. Est-ce que vous avez déjà pensé à quelque chose de précis ?

M6 : c'est le document classique d'éducation thérapeutique, c'est-à-dire qu'effectivement en cabinet de groupe, ce serait intéressant, je pense, que dans le logiciel partagé, il y ait un onglet avec les grands items. C'est quand même intéressant de savoir que cette dame, elle a divorcé en 2010 parce que son conjoint

il batifolait, ou parce que son conjoint buvait, ou parce que son conjoint...voilà (soupon), c'est des éléments qui vont permettre de construire une relation donc, euh, ça serait intéressant effectivement de les avoir dans un dossier commun partagé dans un cabinet, oui.

LM : Et toujours des choses qui sont remplies au fur et à mesure ?

M6 : Au fur et à mesure, oui, ah oui, oui.

LM : Et alors justement, qu'est-ce qui freine les médecins généralistes pour faire cette consultation ?

M6 : Je pense que les freins sont socio-culturels, d'abord il y a la foutue histoire du secret médical qui pour moi est un frein à l'amélioration de la Santé publique, colossal. Qui pourtant est nécessaire, mais à la fois c'est nécessaire et c'est un frein. On a toujours l'impression dans la relation médicale que les choses que l'on partage avec le patient sont des choses qu'on ne peut pas partager avec les autres. On a toujours cette impression. Enfin moi j'ai toujours eu cette impression. Mais en fait c'est faux. C'est faux parce qu'on..., si c'est ça, on rétrécit la relation patient-médecin à simplement un dialogue. Et on ne situe pas ce dialogue dans l'ensemble du parcours de l'individu, et donc du coup, on perd de vue les objectifs. A partir du moment où on reste bloqué sur ce secret médical soi-disant, on pense plus que..., oui, mais pour améliorer..., parce que le but quand même d'un médecin c'est d'améliorer la santé de l'individu, aussi bien médicale que psycho-sociale, si on pense qu'il y a des choses..., enfin non que tout doit rester entre nous, tout hein, parce qu'il y a des choses qui doivent rester, mais que tout doit rester entre nous, du

coup, on reste médico-médical. (Rire). Donc c'est un vrai problème, il y a un..., alors je ne sais pas comment sont les études maintenant, mais il y a un vrai problème d'éthique. L'éducation thérapeutique pose le problème de l'éthique médicale. Vraiment. Il faut vraiment réfléchir à ça. Moi j'ai simplifié le truc, je me dis toujours : « qu'est-ce qui va aller dans le sens de l'intérêt du patient ? » Si je réponds oui, je partage, si je réponds non, je ne partage pas. Voilà.

Annexe 7 : Entretien médecin 7, le 10/10/2013

RM : Concernant la réalisation du bilan éducatif, il existe des recommandations émises par la HAS. Il existe aussi des recommandations sur la tenue du dossier médical, mais sans place laissée au bilan éducatif. Donc le but de notre travail est d'effectuer un état des lieux des pratiques du bilan éducatif par les médecins généralistes et d'envisager ensuite si nécessaire des outils pour aider à compléter ce bilan.

Alors vous, comment avez-vous entendu parler du bilan éducatif du patient pour la première fois ? Comment vous êtes-vous formé ?

M7 : Alors moi j'en ai entendu parler pour la première fois lors d'une formation à la Faculté de Médecine il y a une dizaine d'années. Et puis je me suis vraiment intéressé au sujet, alors ensuite j'ai essayé de me former en participant surtout aux soirées de FMC locales. Là j'ai rencontré des personnes très impliquées dans ce domaine qui m'ont beaucoup appris. Et maintenant je continue toujours à me former, essentiellement par des lectures de revues médicales.

RM : Alors si vous repensez au dernier bilan éducatif que vous avez réalisé, comment avez-vous procédé ?

M7 : Euh... Alors si je reprends, euh, en général, euh, je n'ai pas de cadre bien précis. Tout dépend un peu du patient que j'ai en face de moi. Si c'est quelqu'un que je connais depuis longtemps ou pas. Ça ne sera pas du tout la même démarche si c'est un patient que je suis depuis déjà de nombreuses années, que si c'est une personne que je ne connais pas depuis longtemps, ou que je vois de façon très

ponctuelle. Le patient que je vois tous les mois depuis des années, je le connais bien, je vais pas lui poser des questions sur son mode de vie, ses croyances, ses connaissances de sa maladie. Je sais déjà tout ça. A l'inverse, si c'est un nouveau patient, ce ne sera pas la même démarche.

RM : Et donc si c'est un nouveau patient, comment procédez-vous ?

M7 : Alors dans ce cas, je vais essayer de recueillir ses antécédents médicaux, ses traitements, sa profession, son niveau d'études. Je vais aussi essayer d'évaluer ce qu'il connaît de sa maladie (comment elle évolue, par exemple), ce qu'il connaît de ses traitements, est-ce qu'il sait bien les utiliser. Après si c'est un patient diabétique par exemple, je vais plus me focaliser sur son hygiène de vie, son alimentation, son activité physique. Je vais aussi essayer de comprendre son environnement familial, sa situation sociale (s'il a des problèmes de logement, des problèmes financiers)

Voilà un peu ma façon de procéder, mais attention je ne fais pas tout ça en une seule consultation! Ca se fait au fur et à mesure du suivi.

RM : Donc pour vous, la consultation dédiée n'a pas vraiment sa place alors ?
Comment intégrez-vous le bilan d'éducation à la consultation ?

M7 : Alors non, je ne fais pas de consultation dédiée au bilan d'éducation comme c'est pourtant préconisé.

Alors tout d'abord comme je l'ai déjà souligné, parce que je connais bien mes patients chroniques. Je ne vais pas leur poser des questions sur leur environnement familial, social ou professionnel, en général tout ça je le sais déjà, surtout qu'il m'arrive souvent de suivre des familles entières! Moi, à force de les suivre, je vois

bien comment ils sont impliqués dans la prise en charge de leur maladie. Je sais bien qu'avec untel on va pouvoir avancer plus vite, parce que je sais comment il est.

Et puis en médecine générale, on revoit régulièrement les patients, on les revoit suffisamment pour se passer de consultations dédiées, à mon avis.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, je ne vais pas tout évaluer le même jour. De toute façon je n'ai pas le temps !

RM : Quels sont les éléments que vous recherchez pour faire le bilan éducatif ?

M7 : Alors comme je l'ai dit, je recherche les éléments médicaux, sa profession, son environnement familial, son mode de vie, ses loisirs s'il en a, son état psychique, ses connaissances de la maladie, du traitement, son intérêt pour sa maladie. Voilà en gros tout ce que j'essaie d'évaluer pour optimiser sa prise en charge.

RM : Et comment réévaluez-vous le bilan éducatif ? A quelle fréquence ?

M7 : Et bien j'essaie de le réévaluer à chaque consultation. Cela se fait surtout lors des consultations de renouvellement de traitement, c'est souvent le meilleur moment, je pense, pour réévaluer ce qu'ils connaissent de leur maladie, leur observance au traitement, contrôler par exemple le poids pour voir si les objectifs ont été atteints. Enfin je ne réévalue pas tout en une seule consultation, ça se fait au fur et à mesure du suivi. Parfois ça m'arrive de réévaluer s'ils viennent pour un autre motif de consultation, mais c'est plus rare.

RM : Comment sont conservées les informations du bilan d'éducation ?

M7 : Alors moi je suis informatisé mais avec mon logiciel, je n'ai pas d'endroit spécifique où noter les informations du bilan d'éducation. Alors en général je note quelques informations soit dans l'onglet « antécédents » (surtout pour la profession par exemple ou les habitus), soit dans les comptes rendus de consultations, mais en général après j'ai du mal à m'y retrouver, les informations sont un peu éparpillées et difficiles à retrouver, car ça ne revient pas systématiquement quand j'ouvre le dossier médical.

Mais bon moi le plus souvent je ne note pas grand chose, la plupart des informations que je note sont pour les patients que je connais moins. Pour les patients que je suis régulièrement depuis des années, la plupart des éléments je les connais, je ne les note nulle part, je ne vois pas l'intérêt, je m'en souviens tout simplement.

RM : Vous avez dû déjà voir passer des documents de recueil des éléments du bilan éducatif. Que pensez-vous de l'utilisation d'outils pour la réalisation du bilan éducatif ?

M7 : Alors oui, des grilles à remplir j'en ai déjà vu, mais je n'en utilise pas, parce que je pense que c'est difficile d'utiliser un document trop complet en consultation.

RM : Et comment verriez-vous ce document plus simple ?

M7 : Je pense qu'il faudrait quelque chose de facile à utiliser, pas trop complet, car on n'a pas le temps en consultation de remplir un document trop long. Par exemple pas de données purement médicales, en plus, ça on a déjà un emplacement où les noter dans le dossier médical.

Il faudrait faire peut-être un formulaire simple à remplir et qu'on puisse surtout

facilement retrouver dans le dossier médical sinon on ne va pas l'utiliser, ça prendra trop de temps. Par contre si on retrouve vite les informations, alors là, oui, pourquoi pas, ça paraît envisageable.

RM : Le fait d'avoir réalisé des bilans d'éducation a-t-il modifié votre prise en charge des patients ?

M7 : Alors oui, je pense que ça a modifié ma façon de travailler.

Avant ces formations sur le bilan d'éducation, je fixais moi-même les objectifs alors que maintenant j'ai appris à les fixer avec le patient, c'est une décision que nous prenons ensemble, après analyse de l'ensemble des facteurs qui peuvent entrer en jeu. Je pense que cela a modifié mon écoute des patients.

Annexe 8 : Entretien Médecin 8 (M8), le 24/10/13

LM : La HAS a émis des recommandations sur l'éducation thérapeutique du patient en 2007 et donc entre autres sur la manière d'effectuer le bilan d'éducation. De même des fédérations d'éducation du patient ont proposé des modèles de document à remplir pour réaliser le bilan d'éducation. D'autre part, il existe des recommandations sur la tenue du dossier médical, et on observe qu'il n'y a pas de place réservée à l'éducation du patient dans ces dossiers. Donc, avant de penser à développer des outils intégrables au dossier médical, nous essayons de faire un état des lieux de la pratique du bilan d'éducation réalisé par les médecins généralistes. Tout d'abord, comment avez-vous entendu parler du bilan d'éducation pour la première fois ?

M8 : Oh et bien j'ai dû en entendre parler il y a une dizaine d'années lors d'une FMC, mais sans approfondir le sujet. Mais ensuite c'est surtout lors de mon investissement avec le réseau de diabétologie où j'ai vraiment travaillé sur le sujet. C'est une notion qui s'est développée récemment, en tout cas il y a moins de dix ans à mon sens.

LM : Et c'est donc par le biais du réseau que vous vous êtes formé à l'éducation du patient ?

M8 : Oui, tout à fait, les formations étaient effectuées par des diabétologues, et parfois par un médecin de santé publique, ça devait faire 3 ou 4 demi-journées uniquement. Donc là on nous expliquait ce qu'était un bilan d'éducation, comment le réaliser, et ensuite en quoi consistaient les programmes d'éducation.

LM : Et donc au cabinet, concrètement, comment vous y prenez-vous pour réaliser un bilan d'éducation ?

M8 : Alors là, comment dire... C'est vrai qu'en pratique je procède un peu différemment que lorsque je participais au réseau. Là-bas c'était souvent les infirmières et les psychologues qui faisaient le bilan, nous (les médecins) intervenions plutôt pour les séances d'éducation en général. Au cabinet, on est seul, donc pas le choix, c'est à nous de le faire. Mais la grande différence avec le réseau, c'est que les patients qui ont besoin d'une prise en charge éducative à un moment ou un autre de leur suivi, eh bien je les connais en général. Donc j'ai envie de dire que le bilan d'éducation, j'en fais un peu tout le temps. Alors je dirais bien, pour répondre à ta question, que je recueille des informations à droite à gauche lors de chaque consultation. Bien entendu, je la recherche cette information, mais ça se fait petit à petit. C'est un processus qui me semble naturel de par notre profession de médecin généraliste, et surtout de médecin de famille. On suit des familles entières, sur plusieurs générations, donc ça donne déjà un très bon aspect général de l'environnement, presque sans avoir à poser la question. On va parfois chez les gens, donc même si les gens ne veulent pas tout dire en consultation, on a ainsi un aperçu de ce qui se passe à la maison. Et cela amène, pour moi en tout cas, beaucoup plus d'informations qu'un entretien, où le patient dit à cet instant-là ce qu'il a envie de nous dire. Donc pour moi, quand on est en médecine générale, je pense qu'on peut se permettre de faire ce bilan sur le long terme.

LM : Donc pour vous, la consultation dédiée n'a pas vraiment sa place ici, pourtant c'est ce qui est recommandé par la HAS par exemple.

M8 : Je fais régulièrement des consultations plus ou moins dédiées à un problème de santé, pour faire le point sur une situation complexe, par exemple des suivis addictologiques ou autres. Mais une consultation spécifique pour faire un bilan éducatif chez quelqu'un que je suis depuis 20 ans... Le patient va se demander ce qu'il fait là ou se demander ce qu'il m'arrive... Alors par contre, une consultation dédiée me semble adaptée pour les patients que je ne connais pas bien, soit car ce sont de nouveaux patients, ou alors s'ils consultent peu et qui nécessitent une prise en charge éducative rapide. Le plus classiquement c'est le patient chez qui on découvre un diabète, ou une autre maladie chronique pour laquelle il faut intervenir assez vite. Dans ces cas-là j'oriente très vite l'interrogatoire pour recueillir les informations qui me sont nécessaires et je pourrais proposer au patient une consultation dédiée à cela, mais sinon, ça ne me paraît pas trop adapté.

LM : Bien, et donc quand vous faites votre bilan d'éducation, que cela soit en suivi au long cours, ou lors de consultations dédiées, quels éléments recherchez-vous avant de fixer des objectifs d'éducation avec le patient ?

M8 : Oh ! il faut quand même pas mal d'éléments. Bon, d'abord il faut tout ce qui concerne les antécédents personnels, familiaux, les addictions, le traitement actuel et l'observance du traitement. Ensuite tout dépend de la pathologie concernée, mais un dernier bilan biologique pour voir où on en est, les dernières imageries si nécessaire. Bon ça c'est purement médical, on retrouve tout ça facilement. Euh... Bon, ensuite, il faut avoir des connaissances sur l'environnement du patient comme je le disais tout à l'heure, comment cela se passe dans sa famille, le patient est-il en couple ou célibataire, a-t-il des enfants, travaille-t-il, est-il d'une nature anxieuse ? Après il faut voir un peu ce qu'il pense de ses problèmes de santé, en est-il

conscient, en parle-il facilement ? Bon, et puis ensuite je vois un peu ce qu'attend le patient de la prise en charge, comment je peux l'aider, quels points posent problème pour qu'on trouve ensemble une solution. Et puis enfin il y a pour, une grosse partie, notre expérience. L'ensemble des éléments que je viens de citer, on les analyse instinctivement, et au global, il en ressort une attitude éducative qu'on acquiert par expérience je pense, et c'est ce qui fait qu'on s'y prendra de telle ou telle façon avec un patient. En fait, ce bilan d'éducation, on le fait et on le faisait déjà depuis longtemps je pense, mais ce qui a changé c'est ce qu'on en faisait.

LM : Que voulez-vous dire ?

M8 : Euh, eh bien ces informations je les avais en ma possession, mais avant ces formations je ne suis pas sûr que je les exploitais au mieux. J'avais ces informations, mais au finale, je fixais un peu moi-même les objectifs. Maintenant j'utilise beaucoup plus cela pour fixer avec le patient les objectifs, je fais en sorte que les objectifs viennent de lui, chose que je ne faisais pas avant...

LM : Et donc concernant ces informations, comment les conservez-vous ?

M8 : Très honnêtement, j'en garde une bonne partie en mémoire, à force de voir les gens, tout nous revient quand le patient entre dans le bureau. Ses principaux problèmes de santé, ses antécédents psycho-sociaux, les grandes lignes de nos derniers objectifs, tout cela je le retiens en général. Mais bon, je note quand même toutes ces informations dans le dossier médical, je suis informatisé, je note des comptes rendus de consultations, je renseigne la partie sur l'identité du patient et ses coordonnées à l'ouverture du dossier, et je complète les antécédents au fur et à

mesure du suivi. Après j'utilise plutôt l'informatique pour le rappel des derniers comptes rendus de consultations spécialisées, ou pour les données chiffrées comme la biologie par exemple. Pour tout ce que j'écris dans la partie « antécédents », bien sûr je le retrouve facilement, par contre, dès que je note des éléments dans les comptes rendus de consultation, c'est plus difficilement exploitable. Je retrouve facilement les informations des 3 ou 4 dernières consultations, ensuite ce n'est pas très pratique de revenir sur chaque consultation pour chercher une information.

LM : Et que pensez-vous de l'utilisation d'un outil pour recueillir et/ou conserver les informations du bilan d'éducation ?

M8 : Euh, j'en ai déjà vu un exemple qui est utilisé pour les bilans réalisés dans le cadre du réseau. Il s'agissait d'un document très complet, on y trouvait toutes les informations nécessaires à l'établissement du bilan, mais comme je le disais tout à l'heure, nous connaissons nos patients. En tant que médecin généraliste, j'ai déjà pas mal d'informations sur le patient, et un document tel qu'il est au réseau est trop complet et trop long à remplir. Nous n'avons pas besoin d'un document qui reprend tous les éléments du bilan d'éducation de façon exhaustive. Cependant un document de ce type mais plus synthétique pourrait être intéressant quand on partage le cabinet avec un remplaçant car d'un coup d'œil il peut avoir les informations suffisantes concernant un patient, ou alors en maison médicale où les dossiers sont partagés entre les praticiens en général.

LM : Et dans ce document plus synthétique, quels éléments du bilan aimeriez-vous y trouver ?

M8 : Donc là, ce serait surtout pour mon remplaçant, par exemple, alors euh... ben ça pourrait reprendre les antécédents médicaux, même si on les trouve ailleurs... Mais surtout des éléments sur les antécédents psycho-sociaux, comme sa profession, son niveau d'étude, ce que le patient connaît de ses problèmes de santé, son traitement et l'observance. J'y mettrais le stade de Prochaska aussi car c'est important de savoir où en est le patient avant de s'évertuer à lui proposer une prise en charge. Et une autre chose qui est tous les antécédents familiaux tel qu'un divorce, les problèmes de santé principaux de l'entourage proche, l'aidant principal, ou la personne de l'entourage sur qui nous pouvons nous appuyer. Donc ça doit rester un document assez simple sûrement, mais ça pourrait suffire pour cerner rapidement le patient. Et surtout un document qu'on retrouverait facilement dans le dossier, avec un onglet qui y serait réservé par exemple, et ainsi ce document pourrait être facilement modifiable en fonction du suivi du patient et des événements intercurrents.

LM : Et si un document de ce type était proposé, intégrable au dossier médical, pensez-vous pouvoir l'utiliser pour chaque patient ?

M8 : Oui, cela est possible, car nous ne remplissons pas tout en une seule consultation, mais au cours du suivi nous renseignerons les éléments au fur et à mesure. Un document avec du texte libre même plutôt que des cases à cocher, on peut ainsi y mettre des commentaires un peu plus personnels sur notre ressenti de la consultation ce jour-là par exemple.

LM : Oui, pourquoi pas. Et donc pour conclure cet entretien, je voudrais savoir si le fait de réaliser des bilans d'éducation a changé votre prise en charge éducative ?

M8 : Ce qui a changé depuis je me suis formé à l'éducation du patient en général, c'est ma façon de faire de l'éducation. Très clairement, avant la formation, je proposais les objectifs au patient, en les adaptant plus ou moins au patient. Maintenant je pars beaucoup plus du patient et je l'accompagne dans sa maladie, en l'orientant quand cela est nécessaire, mais c'est lui qui fixe les objectifs. Et puis je fais un peu plus attention qu'avant à ce que les objectifs soient adaptés au mode de vie du patient.

Annexe 9 : Entretien Médecin 9 (M9), le 25/11/13

RM : En ce qui concerne la réalisation du bilan éducatif, il existe des recommandations éditées par la HAS et il existe aussi des recommandations sur la tenue du dossier médical. Sur ce point, on observe qu'il n'y a pas de place laissée dans le dossier médical pour le bilan éducatif. Donc avant de penser à développer des outils intégrables au dossier médical, nous essayons de faire un état des lieux du bilan éducatif en médecine générale.

Tout d'abord, comment avez-vous entendu parler du bilan éducatif pour la première fois ?

M9 : Alors j'en ai entendu parler pour la première fois lors d'une formation à la Fac sur l'éducation thérapeutique du patient puis je me suis formé moi-même par la lecture de revues médicales sur ce sujet et aussi lors de soirées de FMC sur l'éducation du patient .

RM : Donc si on repense au dernier bilan d'éducation que vous avez réalisé, comment avez-vous procédé ?

M9 : Et bien donc, tout d'abord en général j'intègre cela à une consultation classique de suivi, de renouvellement de traitement par exemple. Parfois cela arrive lorsqu'un patient consulte pour un motif X ou Y, mais cela reste très rare quand même. Bon alors bien sûr l'idéal serait de faire une consultation dédiée au bilan d'éducation, mais cela reste difficilement réalisable en médecine générale, parce qu'en général on manque de temps, et puis je pense que j'aurais du mal à faire venir les gens

pendant une demi-heure à mon cabinet pour une consultation d'où ils ressortiraient probablement sans ordonnance !

RM : Et donc quels sont les éléments que vous recherchez habituellement ?

M9 : Alors tout d'abord j'essaie d'évaluer son mode de vie, son niveau socioculturel, les connaissances qu'il a de sa maladie, depuis quand elle évolue, son état psychologique, comment il vit avec sa maladie. Mais bon tous ces éléments-là, après au fur et à mesure qu'on suit les patients, on commence à les connaître, on n'a plus besoin de poser les questions, quand on les suit depuis longtemps et qu'on les voit régulièrement, tous ces éléments-là on les sait et on n'a plus besoin de les rechercher. En plus, l'avantage en médecine générale qu'on a, c'est qu'on suit des familles entières.

Donc j'essaie de déterminer tous les éléments qui peuvent interférer sur la prise en charge de la maladie et sur son traitement. Et puis j'essaie de savoir quels sont ses projets pour établir avec lui des objectifs thérapeutiques.

RM : et comment réévaluez-vous ce bilan d'éducation ? A quelle fréquence ?

M9 : Alors j'essaie de le réévaluer à chaque consultation de suivi. Bien sûr, on ne peut pas toujours tout réévaluer, évidemment, parce qu'on manque toujours de temps, et puis après on sait qu'il y a des choses qui ne changent pas, on connaît ses patients.

RM : Comment conservez-vous les informations du BE ?

M9 : Alors et bien tout simplement moi la plupart des informations qui concernent le mode de vie du patient je les connais donc je ne les note nulle part, je les retiens tout simplement. Sinon comme je suis informatisé, je note parfois quelques éléments dans la partie « antécédents », mais en général ça s'arrête à la profession. Ou alors pour les patients que je vois moins souvent ou que je connais moins bien, j'essaie de noter quelques informations pour ne pas les oublier, toujours dans cette même partie du dossier médical. Sinon tout ce qui concerne les objectifs fixés avec le patient (par exemple une perte de poids), je les note dans les comptes rendus de consultation, mais j'avoue que c'est parfois difficile de s'y retrouver car ce n'est pas rangé dans un endroit spécifique...

RM : Et que pensez-vous de l'utilisation d'outils ?

M9 : Alors c'est sûr que ça serait bien d'avoir un outil qu'on pourrait ranger dans le dossier médical et qui permette de répertorier tous ces éléments qu'on note dans les comptes rendus de consultation. Ca pourrait permettre de les retrouver plus rapidement, et d'y mettre peut-être plus d'éléments que ce que je note actuellement, parce que comme je sais que je vais avoir du mal à retrouver tous les éléments, je ne les note pas forcément ! Et l'onglet « antécédents » du logiciel ne contient pas beaucoup de place ! Bon alors évidemment il faudrait que ce soit quelque chose de facilement utilisable, qu'on puisse remplir rapidement lors d'une consultation de suivi, qu'on retrouve vite dans le dossier médical et qu'on puisse mettre à jour.

RM : le fait de faire des bilans d'éducation a-t-il changé votre mode de prise en charge ?

M9 : Oui, je pense que ça a amélioré ma façon de prendre en charge les patients chroniques. Je pense qu'avant c'était plutôt moi qui fixait les objectifs mais depuis ces formations j'ai appris à fixer les objectifs avec le patient lui-même, à l'intégrer dans la prise de décision. En fait ça a modifié en quelque sorte la relation médecin-malade...

Annexe 10 : Entretien Médecin 10 (M10), le 02/12/2013

LM : En ce qui concerne la réalisation du bilan éducatif, il existe des recommandations éditées par la HAS ainsi que par des fédérations d'éducation du patient et il existe aussi des recommandations sur la tenue du dossier médical. Et concernant le dossier médical, on se rend compte qu'il n'y a pas de place laissée au bilan éducatif. Donc le but de ce travail est de faire un état des lieux de la pratique du bilan éducatif par les médecins généralistes et d'envisager ensuite, si nécessaire des outils pour aider à compléter ce bilan.

Donc, tout d'abord, comment vous êtes-vous formé à l'éducation du patient ?

M10 : Euh, je me suis formé à cela initialement par des lectures de revues médicales, c'est d'ailleurs grâce à cela que j'ai découvert cette notion. Et ensuite, vu que ce mode de prise en charge m'intriguait beaucoup et que je sentais que c'était un mode de prise en charge assez différent de ce que je faisais jusqu'alors, je me suis investi dans un réseau de santé sur le diabète, ce qui m'a permis de bénéficier de formations sur le sujet. Cela c'était il y a une dizaine d'années environ. Et je continue de me former par des lectures surtout.

LM : D'accord, et donc si vous repensez au dernier bilan éducatif que vous avez effectué, comment avez-vous procédé ?

M10 : Euh... Alors je pense que je n'ai pas une façon de faire bien précise. En médecine générale, on s'adapte un petit peu à chaque situation. Donc tout va dépendre un peu de la situation. Ce que je veux dire par là c'est que si j'interviens

pour un nouveau patient, que je ne connais pas du tout, ni même son entourage, alors je vais avoir beaucoup de questions à poser, mais je ne suis pas adepte des consultations dédiées comme cela m'a été préconisé lors des formations sur le diagnostic éducatif ou comme cela est fait dans les réseaux de soins ou à l'hôpital. Je pense qu'en médecine générale, nous avons cette chance de revoir régulièrement les gens, et donc assez naturellement nous apprenons à les connaître par ce biais, les questions viennent naturellement, mais il y a aussi l'observation des comportements, du langage, qui nous apporte beaucoup d'informations. Mais pour moi, le diagnostic éducatif se fait au fur et à mesure, lors du suivi. Je n'arrive pas à faire une consultation dédiée pour le bilan éducatif, et pourtant j'en fais sur d'autres thèmes, comme la diététique par exemple. Mais j'ai l'impression que c'est plus facile de convoquer quelqu'un pour évoquer un problème de santé et donner alors des conseils ou une ordonnance, plutôt que de lui dire, venez me voir, on va discuter de vous et de votre ou vos problèmes de santé, mais on verra plus tard pour établir une prise en charge, ce serait mal vécu je pense...

LM : Et donc là c'est s'il s'agit d'un nouveau patient, et dans l'autre cas ?

M10 : Ah oui, et dans l'autre cas, alors là c'est beaucoup plus simple. Si je vois un patient que je suis depuis longtemps, ainsi que toute ou bonne partie de la famille, alors ça va plus vite. Je connais les interactions personnelles, familiales, le mode de fonctionnement du patient, le vécu du patient par rapport à ses problèmes de santé ou ceux de son entourage parfois, les points forts sur lesquels je peux m'appuyer. Donc là le bilan éducatif s'est fait en amont, j'utilise toutes les informations recueillies les années précédentes, c'est une source de travail énorme dans certains cas. C'est d'ailleurs très intéressant car ce n'est pas en recevant ce patient en consultation

spécifique sur le bilan d'éducation que je pourrais recueillir tout cela, en tout cas pour ma part... Donc voilà il y a vraiment, pour moi, deux façons de faire, le nouveau patient pour lequel je vais quand même poser des questions, mais petit à petit, ou alors un peu plus vite si la situation l'impose, par exemple, si on vient de lui découvrir une maladie grave, je ne vais pas trop traîner non plus. Et puis le patient dont je suis le médecin de famille, où là tout le travail se fait depuis le début du suivi. En tout cas c'est comme cela que je vois les choses.

LM : Et donc que recherchez-vous pour faire un bilan éducatif ?

M10 : (Réflexion) Je recherche surtout des informations sur son environnement personnel et professionnel, son niveau socio-culturel, ses antécédents et son rapport à la maladie, ce qu'il pense de son ou ses problèmes de santé. Je cherche à replacer le patient avec tout ce qui va interférer sur sa prise en charge. Je cherche les points forts et les points faibles du patient. Il me semble important de savoir les sujets à éviter dans certaines situations, par exemple éviter de parler de quelqu'un qui a eu une expérience difficile, alors que le patient vient nous voir pour des inquiétudes à répétitions. Une fois que cela est posé, je regarde un peu ce que le patient pense de ses problèmes de santé, comment il voit sa maladie, ce qu'il en sait, ce qu'il cherche à savoir. J'observe aussi beaucoup l'expression verbale, pour essayer d'en retirer des émotions parfois sur certains sujets sensibles. Et puis j'évalue son niveau de stress, car c'est souvent un facteur qui interfère beaucoup dans la prise en charge. Après euh, (réflexion) je recherche aussi ce que cherche à savoir le patient concernant sa maladie et son traitement, le type d'information qu'il peut recevoir.

Au finale, ce qui est important pour moi, c'est d'imaginer le patient avec son

problème de santé ou non, mais surtout tous les éléments autour de cette personne qui vont interagir sur lui. Mais pour avoir toutes les données, ce sont des années de travail !

LM : Oui, effectivement, j'imagine. Et donc tous ces éléments recueillis petit à petit, comment les intégrez-vous dans votre dossier médical ?

M10 : Je suis informatisé depuis une quinzaine d'années maintenant, je note beaucoup de choses dans le dossier, mais je me rends compte que j'utilise rarement les informations. Non pas que je ne m'y intéresse pas, mais c'est surtout qu'en général, je garde en mémoire une grande partie des éléments. L'informatique me sert surtout pour les suivis d'ordonnance, le recueil de courriers médicaux spécialisés, ou pour faire moi-même des courriers.

LM : Et où notez vous les informations du bilan d'éducation ?

M10 : Avec le reste, dans les comptes rendus de consultation. Alors quand j'ouvre un dossier, j'ai les 2 dernières consultations qui s'affichent, donc je parcours quand même rapidement ce que j'ai noté, mais je reviens rarement en arrière sauf pour rechercher une donnée plutôt biomédicale.

LM : Et j'imagine que par les formations que vous avez effectuées, vous avez dû voir passer des documents de recueil d'informations sur le bilan éducatif, en utilisez-vous parfois ?

M10 : Euh, oui j'en ai déjà vu, surtout pour les patients des réseaux. Je pense qu'un document trop complet n'est pas utilisable au quotidien, ou alors si on fait une consultation dédiée à cela, mais dans mon cas, cela me semble peu adapté.

LM : Mais si vous disposiez d'un document plus simple, qui ne serait pas rangé dans les comptes rendus de consultation ?

M10 : Oui, pourquoi pas... En y réfléchissant, un document qui serait conservé effectivement dans une partie bien spécifique du dossier, peut-être juste à côté des antécédents du patient, et donc qu'on ferait évoluer au fur et à mesure du suivi du patient, tout comme on fait évoluer la partie « antécédents ». Cela permettrait de retrouver et de réévaluer facilement le bilan d'éducation. Cela serait une bonne chose sûrement, en tout cas que je pourrais l'utiliser.

LM : Mais si ce document doit être simple, comment le verriez-vous ?

M10 : Euh... (Longue réflexion et hésitation) Alors j'y mettrais surtout des éléments qu'on ne retrouve pas ailleurs, donc pas les antécédents, ni les traitements. Par contre des informations sur l'entourage familial, et professionnel, le niveau d'étude, son état psychique, à savoir si c'est quelqu'un qui a confiance en soi ou non, quelqu'un de stressé ou non, son mode de fonctionnement, en fait. J'y mettrais aussi comment il voit sa maladie, ses projets perso et professionnels, ça permettrait ainsi de le relancer à l'occasion sur ces sujets pour voir où il en est. Mais en tout cas j'y mettrais peu d'éléments purement médicaux. Et ça pourrait être un document qu'on fait évoluer comme cela.

LM : Donc une fiche, avec des items et des zones de texte libre.

M10 : Oui, juste des grands items, mais par contre comme pour les antécédents, il faudrait pouvoir dater chaque nouvelle information apportée, comme pour les antécédents médicaux par exemple.

LM : Et enfin, est-ce que le fait de faire des bilans d'éducation a changé votre prise en charge ?

M10 : (Réflexion) Je dirais que cela m'a fait évoluer, oui. Quand j'ai commencé, nous n'avions pas beaucoup de formations, on faisait un peu chacun à sa sauce, sans savoir vraiment comment faisait le confrère. Là, en parlant de cela avec des confrères du secteur, on s'est rendu compte qu'on faisait tous quelque chose de semblable de façon naturelle, mais nous n'allions pas jusqu'au bout des choses, on faisait surtout comme cela nous arrangeait. Maintenant, le fait d'avoir une marche à suivre est plus rassurant d'une certaine manière, et puis surtout, c'est le patient qui est au centre de la prise en charge, et non le médecin ! C'est ça surtout qui a changé.

Annexe 11 : Codage ouvert

Nom	Sources	Références
absence de contrôle du rythme de réévaluation	1	1
Absence de rémunération	2	2
Absence d'espace dédié dans le DMI	3	3
Accompagnement du patient	2	3
Addictions du patient	2	2
Age du patient	1	1
Antécédents	6	9
Aspect restrictif d'une consultation dédiée	1	1
aspect restrictif d'une grille	1	1
Attentes du patient	5	12
BE au cours de consultations de suivi	9	17
BE métacognitif	3	4
BE non formalisé	2	2
BE par ancienneté du suivi	5	8
BE par suivi générationnel	4	6
Besoin d'espace dédié dans le DMI	1	2
Besoin d'outils	2	2
Bien-être du patient	2	5
Bilan biologique	1	1
Bilan intuitif	6	7
Bilan par connaissance ancienne du patient	1	2
Comportement du patient	1	1
Connaissance de la maladie	7	16
Connaissance du traitement	3	4
Connaissances médicales	1	1
Conservation dans le dossier médical informatique (sans place spécifique)	8	10
Conservation papier des informations	1	3
Consultation dédiée	5	10
consultation dédiée inadaptée à la médecine générale	6	10
Curiosité du patient	1	2
Datation des éléments du BE	1	1
Découverte du BE par FMC	1	1
Découverte du BE par la faculté de médecine	3	3
Découverte du BE par l'URPS	1	1
Découverte par revue médicale	2	2
Découverte par thèse de médecine	1	1
Découverte par une formation du CNGE	1	1
Difficulté à intégrer un outil en consultation	1	1
Éléments d'une fiche du BE	2	6
Emotion	1	1
Etat psychique	6	10
Expérience du médecin	4	9
Fiche d'éléments à renseigner	1	1
Formalisation des éléments somatiques	1	1
Formation par expérience	1	1
formation par FMC	3	3
Formation par le CNGE	1	1
Formation par l'URPS	2	2
Formation par réseau d'éducation du patient	5	5
Formation par revue médicale	5	5
Frein par le secret médical	1	2

Généralisation du BE	1	1
Grille de réévaluation	1	1
Habitus	4	9
Identité du patient	1	1
Imprégnation progressive réciproque	1	1
Informations du BE dans CR de consultations difficilement exploitables	5	6
Intégration envisageable au dossier médical informatisé	7	12
Interactions familiales	7	9
Intérêt d'un espace dédié au BE dans les dossiers des cabinets de groupe	2	2
Interrogations du patient	3	3
manque de formation à une consultation dédiée	1	1
Manque de motivation du patient	3	3
Manque de temps du médecin	6	13
Manque de temps du patient	3	3
Manque d'outil	4	9
Méconnaissance de la méthodologie	1	1
Meilleur suivi du BE grâce à un espace dédié dans le DMI	1	1
Meilleure réalisation du BE depuis formation	1	2
Mémorisation des éléments par le médecin	6	8
Mode de fonctionnement	2	3
Motifs multiples de consultation	1	1
Motivation du patient	3	3
Nécessité d'un document simplifié	1	3
Nécessité, dans l'idéal, d'une consultation dédiée	1	1
Niveau d'étude	4	5
Non conservation des informations	2	4
Non formalisation des éléments psycho-sociaux	2	3
Non spontanéité des réponses sur items de BE	3	3
Non spontanéité des réponses sur la méthodologie	1	1
Objectifs fixés par le patient	4	7
Observance du traitement	3	4
Outil accessible	3	3
Outil modifiable dans le temps	1	1
Outil permettant la réévaluation	2	2
Outil rapidement complété	1	1
Outil sans élément biomédicaux	1	1
Perception de sa maladie	5	8
Perception de son traitement	1	1
Présentation du patient	2	4
Réévaluation après séances d'éducation	1	2
Réévaluation au cours de consultations de suivi	5	5
Réévaluation continue	4	8
Retentissement de maladie sur la vie quotidienne	1	1
Seuil d'acceptabilité de l'inconfort	1	1
Situation personnelle	8	10
Situation professionnelle	8	12
Stade de Prochaska	5	10
Stress du patient	3	4
Traitement du patient	2	2
Transcription des items par échelle numérique	1	1
Transcription par texte libre	2	2
Utilisation d'une grille	1	4
Vécu de la maladie	3	4

Annexe 12 : Codage axial

Nom	Sources	Références
Changement de pratique induit par la réalisation du bilan d'éducation	0	0
Accompagnement du patient	2	3
Meilleure réalisation du BE depuis formation	1	2
Objectifs fixés par le patient	4	7
Eléments recherchés	0	0
Addictions du patient	2	2
Age du patient	1	1
Antécédents	6	9
Attentes du patient	5	12
Bien-être du patient	2	5
Bilan biologique	1	1
Comportement du patient	1	1
Connaissance de la maladie	7	16
Connaissance du traitement	3	4
Connaissances médicales	1	1
Curiosité du patient	1	2
Emotion	1	1
Etat psychique	6	10
Habitus	4	9
Identité du patient	1	1
Interactions familiales	7	9
Interrogations du patient	3	3
Mode de fonctionnement	2	3
Motivation du patient	3	3
Niveau d'étude	4	5
Non spontanéité des réponses sur items de BE	3	3
Observance du traitement	3	4
Perception de sa maladie	5	8
Perception de son traitement	1	1
Présentation du patient	2	4
Retentissement de maladie sur la vie quotidienne	1	1
Seuil d'acceptabilité de l'inconfort	1	1
Situation personnelle	8	10
Situation professionnelle	8	12
Stade de Prochaska	5	10
Stress du patient	3	4
Traitement du patient	2	2
Vécu de la maladie	3	4
Formation au bilan d'éducation	0	0
Formation par expérience	1	1
formation par FMC	3	3
Formation par le CNGE	1	1
Formation par l'URPS	2	2
Formation par réseau d'éducation du patient	5	5
Formation par revue médicale	5	5
Freins à la réalisation du bilan d'éducation	0	0
Absence de rémunération	2	2
Difficulté à intégrer un outil en consultation	1	1
Frein par le secret médical	1	2
manque de formation à une consultation dédiée	1	1
Manque de motivation du patient	3	3
Manque de temps du médecin	6	13

Manque de temps du patient	3	3
Méconnaissance de la méthodologie	1	1
Motifs multiples de consultation	1	1
Intégration à la pratique quotidienne	0	0
45 minutes de consultation	1	1
Aspect restrictif d'une consultation dédiée	1	1
BE au cours de consultations de suivi	9	17
Consultation dédiée	5	10
consultation dédiée inadaptée à la médecine générale	6	10
Nécessité, dans l'idéal, d'une consultation dédiée	1	1
Mode de conservation des informations	0	0
Absence d'espace dédié dans le DMI	3	3
Besoin d'espace dédié dans le DMI	1	2
Conservation dans le dossier médical informatique (sans place spécifique)	8	10
Conservation papier des informations	1	3
Formalisation des éléments somatiques	1	1
Informations du BE dans CR de consultations difficilement exploitables	5	6
Meilleur suivi du BE grâce à un espace dédié dans le DMI	1	1
Mémorisation des éléments par le médecin	6	8
Non conservation des informations	2	4
Non formalisation des éléments psycho-sociaux	2	3
Utilisation d'une grille	1	4
Mode de découverte du bilan d'éducation	0	0
Découverte du BE par FMC	1	1
Découverte du BE par la faculté de médecine	3	3
Découverte du BE par l'URPS	1	1
Découverte par revue médicale	2	2
Découverte par thèse de médecine	1	1
Découverte par une formation du CNGE	1	1
Mode de réévaluation	0	0
absence de contrôle du rythme de réévaluation	1	1
Grille de réévaluation	1	1
Réévaluation après séances d'éducation	1	2
Réévaluation au cours de consultations de suivi	5	5
Réévaluation continue	4	8
Processus général de réalisation du bilan d'éducation	0	0
Accompagnement du patient	2	3
Aspect restrictif d'une consultation dédiée	1	1
BE au cours de consultations de suivi	9	17
BE métacognitif	3	4
BE non formalisé	2	2
BE par ancienneté du suivi	5	8
BE par suivi générationnel	4	6
Bilan intuitif	6	7
Bilan par connaissance ancienne du patient	1	2
Expérience du médecin	4	9
Formalisation des éléments somatiques	1	1
Imprégnation progressive réciproque	1	1
Non spontanéité des réponses sur items de BE	3	3
Non spontanéité des réponses sur la méthodologie	1	1
Objectifs fixés par le patient	4	7
Utilisation d'outils	0	0
Absence d'espace dédié dans le DMI	3	3
aspect restrictif d'une grille	1	1
Besoin d'espace dédié dans le DMI	1	2
Besoin d'outils	2	2

Conservation dans le dossier médical informatique (sans place spécifique)	8	10
Datation des éléments du BE	1	1
Éléments d'une fiche du BE	2	6
Fiche d'éléments à renseigner	1	1
Intégration envisageable au dossier médical informatisé	7	12
Intérêt d'un espace dédié au BE dans les dossiers des cabinets de groupe	2	2
Manque d'outil	4	9
Nécessité d'un document simplifié	1	3
Outil accessible	3	3
Outil modifiable dans le temps	1	1
Outil permettant la réévaluation	2	2
Outil rapidement complété	1	1
Outil sans élément biomédicaux	1	1
Transcription des items par échelle numérique	1	1
Transcription par texte libre	2	2
Utilisation d'une grille	1	4

AUTEUR : MAHIEUX Romain

Date de Soutenance : 2 Avril 2014

Titre de la Thèse : Bilan d'éducation : pratiques des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : « médecine générale », « diagnostic éducatif », « méthode de réalisation »

Résumé :

Contexte : La HAS et l'INPES ont publié un guide méthodologique qui décrit la démarche d'ETP dont la première étape est le diagnostic éducatif. Malgré ces travaux, la place et le rôle des médecins généralistes restent flous. La plupart des médecins généralistes pratiquent une activité d'ETP de façon plus ou moins formalisée. Les recommandations établies par la has concernant la démarche éducative semblent difficiles à appliquer en pratique de médecine générale ambulatoire.

Question : Comment est abordé le diagnostic éducatif du patient en médecine générale dans la région Nord-Pas-de-Calais ?

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de médecins généralistes impliqués en ETP. Les entretiens ont été rendus anonymes, enregistrés et intégralement retranscrits puis ont fait l'objet d'une double analyse. Le recrutement s'est poursuivi jusqu'à la saturation des informations. L'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel de recherche qualitative N-Vivo.

Résultats : 10 entretiens ont été réalisés. L'étude a montré que la plupart des médecins généralistes interrogés ne faisaient pas de consultation dédiée au diagnostic éducatif. Celui-ci est le plus souvent fait au cours de consultations de suivi. La consultation dédiée est en général vue comme inadaptée du fait du manque d'outils disponibles, du manque de temps du médecin et du patient, du manque de motivation du patient et aussi du fait que le médecin connaît en général depuis longtemps les patients qu'il suit.

Les médecins interrogés ne disposent pas de méthode bien précise pour établir le diagnostic éducatif. Souvent les informations sont recueillies petit à petit. La réévaluation est en général continue, au cours des consultations de suivi et ne porte en général que sur un axe à la fois.

Conclusion : La réalisation du bilan d'éducation telle qu'elle est décrite par la Haute Autorité de Santé semble compliquée à mettre en place par les médecins généralistes du fait de la spécificité de leur pratique, et d'une relation médecin-malade différente de celle du milieu hospitalier.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Asseseurs : Madame le Professeur Claire MOUNIER-VEHIER

Madame le Docteur Nathalie ASSEZ

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Benoît TAVERNIER