



*Université Lille 2
Droit et Santé*

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

État des connaissances et pratiques en éducation thérapeutique du patient chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

Présentée et soutenue publiquement le 12/02/2015 à 18h00

au Pôle Formation

Par Thomas DILIGENT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Assesseurs :

Madame le Professeur Monique ROMON

Madame le Docteur Nathalie ASSEZ

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Denis DELEPLANQUE

Avertissement

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

Liste des abréviations

ARS	Agence Régionale de Santé
BPCO	Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
ETP	Education Thérapeutique du Patient
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de Santé Publique
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNEPS	Plan National d'Éducation Pour la Santé
WONCA	World Organization of National Colléges , Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Organisation mondiale de médecine générale, médecine de famille).

Table des matières

RÉSUMÉ.....	1
INTRODUCTION.....	3
I.Principes du concept d'éducation thérapeutique.....	4
A.Définitions préalables.....	4
B.L'éducation du patient.....	5
1.L'éducation pour la santé du patients.....	5
2.L'éducation du patient à sa maladie.....	7
3.L'éducation thérapeutique des patients.....	8
C.Finalité de l'éducation thérapeutique du patient.....	9
1. Autonomie.....	10
2. Acquisition de compétences.....	10
II.Apparition de la notion d'éducation thérapeutique.....	12
A.Modèle théorique.....	12
B.Textes légaux.....	13
III.Enjeux et limites de l'ETP.....	16
A.Enjeux de l'ETP.....	16
B.Limites de l'ETP.....	17
IV.Pratiques actuelles de l'ETP.....	18
A.A qui s'adresse l'ETP ?.....	18
B.Qu'est-ce qu'un programme d'ETP ?.....	18
V.La place du médecin généraliste.....	21
A.Généralités.....	21
B.Structuration de l'ETP en ambulatoire.....	22
C.L'ETP en médecine générale.....	23
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	24
I.Question de recherche.....	24
II.Population cible.....	25
III.Méthode de recueil des données.....	26
A.Guide d'entretien.....	26
B.Réalisation des entretiens et recueil des données.....	26
IV.Méthode d'analyse des données.....	27

A. Retranscription.....	27
B. Codage.....	27
RÉSULTATS.....	29
<u>I. Connaissances des médecins généralistes concernant l'éducation thérapeutique du patient.....</u>	<u>29</u>
A. Les médecins généralistes déclarent méconnaître l'éducation thérapeutique officielle.....	29
B. L'éducation thérapeutique du patient fait partie intégrante de la médecine générale.....	30
C. L'ETP s'adresse à tous les patients porteurs de pathologies chroniques sans exclure les pathologies aiguës.....	31
D. L'ETP vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de connaissances.....	31
1. Autonomie du patient.....	31
2. Appropriation de nouvelles compétences.....	32
E. La prise en charge de l'ETP est multidisciplinaire.....	32
F. L'ETP a pour objectif le suivi des traitements.....	32
G. L'ETP a pour objectif d'améliorer la qualité de vie du patient.....	32
H. L'ETP améliore la coopération entre le médecin et le malade.....	33
I. L'ETP présente peu d'intérêt.....	33
<u>II. Pratique de l'éducation thérapeutique du patient par les médecins généralistes.....</u>	<u>34</u>
A. Pratique de l'ETP sans formation initiale.....	34
B. Différents modes de consultation pour la réalisation de l'ETP.....	34
C. Les médecins ont recours à différents intervenants pour la réalisation de l'ETP.....	35
1. Recours aux spécialistes non généralistes.....	35
2. Recours aux hôpitaux.....	35
3. Recours aux réseaux.....	35
D. Utilisation de supports éducatifs pour la réalisation de l'ETP.....	36
E. Le médecin informe le patient.....	37
F. Le médecin recherche l'adhésion du patient.....	37
G. Les médecins ont pour but d'apprendre aux patients de nouvelles compétences.....	38
H. Les médecins réalisent une évaluation des acquis des patients.....	38

I. Grandes variabilités des pratiques en ETP.....	38
DISCUSSION.....	40
I. Analyse critique de la méthodologie.....	40
A. Limites liées au type d'étude.....	40
B. Limites liées au guide d'entretien.....	41
C. Limites liés aux questions de l'entretien.....	41
II. Discussion des résultats.....	43
A. Connaissances des médecins concernant l'ETP.....	43
1. Une connaissance en ETP limitée.....	43
2. Une représentation de l'ETP néanmoins proche des textes officiels.....	43
3. Médecin généraliste : une place privilégiée au sein de l'ETP.....	45
B. Pratique des médecins en ETP.....	45
1. Une absence de formation initiale en ETP.....	45
2. Une préférence pour une réalisation de l'ETP intégrée aux consultations.....	45
3. Une pratique de l'ETP en partenariat avec différents intervenants.....	47
4. Une structuration de l'ETP peu formelle.....	47
a) Un diagnostic éducatif qui semble incomplet.....	47
b) Une formulation de compétences et une mise en œuvre du programme d'ETP groupée.....	48
c) Une évaluation des connaissances incomplète.....	48
5. Une variabilité des pratiques en ETP.....	49
6. Une utilisation de supports éducatifs.....	49
CONCLUSION.....	50
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	52
ANNEXES.....	54
Annexe 1 : Guide d'entretien.....	54

RÉSUMÉ

Contexte : Aujourd'hui l'éducation a une place centrale dans la pratique de la médecine générale. La manière dont elle est pratiquée est liée à la représentation que s'en font les médecins généralistes. Il existe des textes législatifs ainsi que des recommandations officielles qui encadrent cette éducation thérapeutique. Mais dans leur exercice quotidien, qu'en retiennent les médecins généralistes, comment la pratiquent-ils ?

Méthode : Nous avons réalisé une enquête qualitative à partir d'entretiens individuels et d'un focus groupe permettant d'interroger 10 médecins généralistes installés dans la région Nord-Pas-de-Calais. Une analyse thématique des données issues de ces entretiens a permis de faire ressortir leurs connaissances et leurs pratiques en éducation thérapeutique au sein des consultations.

Résultat : Les médecins généralistes de notre étude se sentent à une place privilégiée pour la réalisation de l'éducation thérapeutique. Malgré leur manque de connaissance des textes officiels l'encadrant, ils la conçoivent et la pratiquent dans ses grandes lignes. La composante psycho-sociale, même si elle n'est pas spontanément évoquée, semble être prise en considération. Néanmoins contrairement à ce que semblent penser les médecins, l'ETP n'est pas basée uniquement sur leurs aptitudes personnelles, elle nécessite de renforcer leurs compétences en communication, en psychologie et en pédagogie pour améliorer les échanges avec leurs patients.

Conclusion : Il apparaît donc essentiel qu'une formation en ETP soit réalisée par l'ensemble des médecins généralistes. Or cette formation à grande échelle ne

pourra être possible que s'il existe une forte implication des pouvoirs publics permettant de sensibiliser patients et médecins sur les enjeux de l'ETP. Elle permettrait aussi de favoriser la coordination entre les praticiens et d'autres intervenants comme les réseaux de santé. Il serait aussi intéressant de disposer d'un guide méthodologique en ETP adapté à la pratique ambulatoire afin de l'uniformiser et de la simplifier. La réalisation d'une ETP de qualité passe donc par l'implication à la fois des professionnels de santé, des réseaux et des pouvoirs publics, permettant ainsi l'amélioration de la qualité de vie des patients.

INTRODUCTION

Aujourd'hui l'éducation a une place centrale dans la pratique de la médecine générale. La manière dont elle est pratiquée est liée à la représentation que s'en font les médecins généralistes. Il existe des textes législatifs ainsi que des recommandations officielles qui encadrent cette éducation thérapeutique. Mais dans leur exercice quotidien qu'en retiennent les médecins généralistes, comment la pratiquent-ils ?

I. Principes du concept d'éducation thérapeutique.

A. Définitions préalables.

En médecine générale, l'éducation est réalisée par le médecin et s'oriente sur le patient afin d'agir sur sa santé. Pour arriver au concept d'éducation thérapeutique du patient, il paraît important de commencer par définir chacun de ces termes.

Premièrement le patient : selon l'académie française le mot patient vient du latin «*patiens*» ce qui signifie l'action d'« éprouver, souffrir », et se définit par « *Personne qui consulte un médecin.* ». Ainsi, on peut en déduire que la personne qui consulte peut être malade comme bien portante. Le patient est, alors, défini comme étant « *toute personne engagée volontairement dans une relation de soins avec un professionnel des soins, qu'elle soit bien portante ou non* » (1).

Deuxièmement l'éducation : toujours d'après l'académie française, le terme éducation peut prendre plusieurs sens : « *1) Action d'élever, de former, d'instruire une personne (enfant, adolescent, adulte), en cultivant ses qualités physiques, intellectuelles et morales [...]. 2) Développement et affinement d'une aptitude particulière, d'une qualité, d'un sens* ».

Enfin la santé : l'OMS la définit comme étant : « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* ».

Ces définitions permettent de situer la place du médecin généraliste entre le patient, sa santé et, son rôle d'éducation. Ainsi, on pourra comprendre l'émergence du terme d'éducation thérapeutique du patient.

B. L'éducation du patient

L'augmentation constante des maladies chroniques fait qu'elles ont une place de plus en plus importante en médecine générale.

De plus, elles présentent plusieurs particularités dans leur prise en charge qui vont imposer au patient de modifier ses habitudes de vie alors qu'il ne ressent pas forcément les symptômes de sa maladie, qui est bien souvent silencieuse. Cette modification devra aussi se faire sur le long terme, voire toute sa vie. Cela représente la plus grande difficulté pour le suivi du traitement de ces maladies et n'est possible que si le patient a bien compris le but de ces modifications ainsi que leurs enjeux. D'où l'intérêt d'une éducation en ce sens afin qu'il devienne responsable de lui-même et se retrouve au centre de sa prise en charge.

Il existe plusieurs définitions de l'éducation du patient, nous retiendrons principalement celle de A. Deccache : *«l'éducation du patient est un processus continu par étapes, intégré dans la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et les procédures hospitalières, les comportements de santé et ceux liés à la maladie, et destinées à aider le patient (et sa famille) à comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge son état de santé, et favoriser un retour aux activités normales.»* (2).

Cette éducation du patient peut être répartie en plusieurs niveaux : l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et enfin l'éducation thérapeutique du patient.

1. L'éducation pour la santé du patients.

L'éducation pour la santé s'adresse à toutes les personnes bénéficiant de soins (avec ou sans pathologie) et concerne la prévention qu'elle soit primaire, secondaire

ou tertiaire. Elle est, à la fois, une éducation à la santé et à la maladie. Elle englobe toutes les pratiques éducatives.

Les objectifs sont que les patients et leur famille (d'après B. Sandrin Berthon) :

- utilisent de manière optimale les services de santé.
- aient une place active dans la relation avec les soignants.
- acceptent que leur pathologie soit chronique.
- adhèrent aux dépistages et aux surveillances.
- suivent leurs traitements.
- modifient leurs habitudes de vie, si besoin.
- entrent en relation avec les soignants qui peuvent améliorer leur qualité de vie et leur santé (3).

Cette éducation pour la santé du patient entre dans le cadre de la promotion de la santé selon l'OMS : *«l'éducation pour la santé du patient concerne tant la maladie que les comportements de santé et mode de vie du patient, même ceux non concernés par la maladie, dans une logique de culture sanitaire. Elle est autant le rôle des soignants que de tout éducateur pour la santé»*.(4).

Dans l'exemple d'un patient asthmatique, l'éducation pour la santé va permettre de l'aider à pratiquer une activité physique adaptée, ou pour un patient diabétique, l'aider à équilibrer son alimentation. On agit surtout sur les habitudes de vie.

Le gouvernement a d'ailleurs mis en avant différentes mesures pour mettre en avant cette éducation pour la santé :

- Le Plan National d'Éducation Pour la Santé [PNEPS], (5) qui incite les acteurs de l'éducation pour la santé à réaliser des séances de formations ou d'évaluations.

- Par ailleurs, dans l'article L1171-1 de la loi HPST, (6) il est précisé que *« l'éducation à la santé comprend notamment la prévention comportementale et*

nutritionnelle, la promotion de l'activité physique et sportive et la lutte contre les addictions. Elle s'exprime par des actions individuelles ou collectives qui permettent à chacun de gérer son patrimoine santé. ».

2. L'éducation du patient à sa maladie.

L'éducation du patient à sa maladie s'adresse aux patients porteurs de pathologies chroniques. Elle concerne les comportements liés à la pathologie, au traitement et à la prévention des complications et des rechutes. Elle met en avant la manière dont le patient accepte et gère son état au quotidien. On s'intéresse à la manière dont le patient surmonte les problèmes rencontrés et les répercussions sur sa vie quotidienne.

Les objectifs sont la prévention des complications, des rechutes et l'évaluation de l'impact sur la vie familiale.

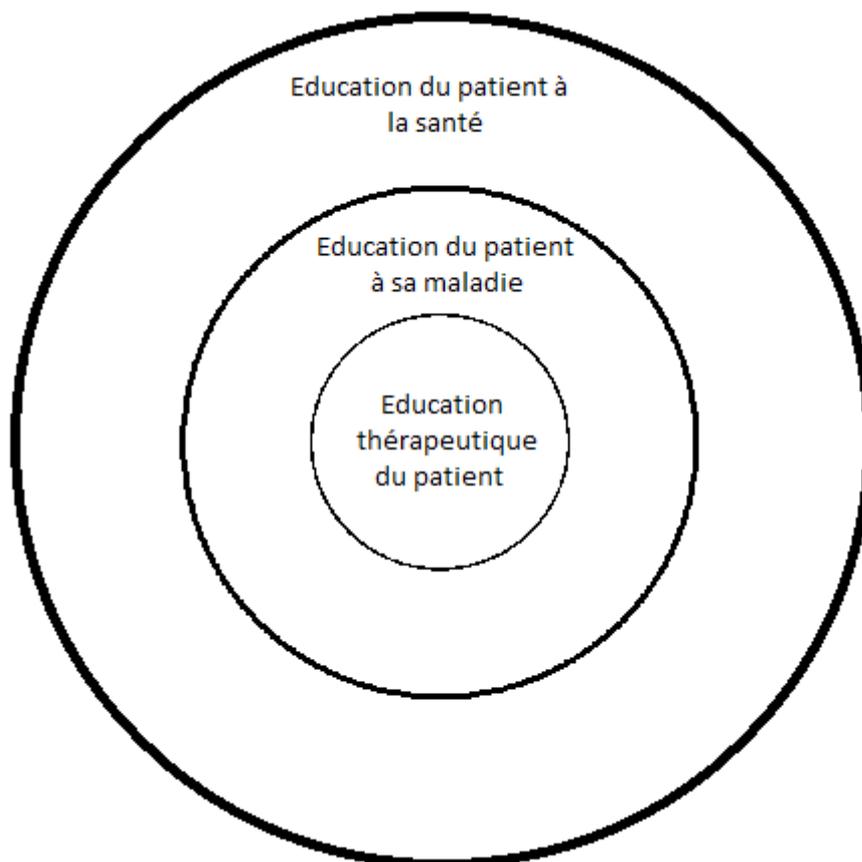
Selon l'OMS (4), *«l'éducation du patient à sa maladie concerne les comportements de santé et de maladie, liés au traitement, à la prévention des complications et rechutes ainsi que les autres comportements liés à l'existence d'une maladie, notamment l'impact que celle-ci peut avoir sur des aspects non médicaux de la vie. Les pairs des patients et groupes d'entraide y sont aussi des intervenants indispensables».*

Toujours dans le cas du patient asthmatique, l'éducation du patient à sa maladie va lui permettre de mieux comprendre sa maladie, l'aider à la gérer au quotidien et, si nécessaire, l'aider pour un sevrage tabagique. Cela va passer par des échanges avec des associations de malades ou groupes de parole qui présentent la même pathologie et qui ont une vision de la maladie différente de celle des soignants.

3. L'éducation thérapeutique des patients.

L'éducation thérapeutique est incluse dans l'éducation pour la santé et dans l'éducation du patient à sa maladie (figure 1).

Figure 1 : Place de l'ETP au sein de l'éducation du patient



L'éducation thérapeutique s'adresse à tout patient porteur de pathologies de longues durées sans exclure les pathologies aiguës, elle concerne surtout la gestion des traitements.

Les objectifs sont le suivi du traitement, son autogestion, la prévention des complications et l'amélioration de la qualité de vie.

Elle va permettre au patient de vivre au quotidien avec sa maladie et d'adapter son traitement.

Selon l'OMS, « *l'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités ainsi que les compétences qui les aide à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit, par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles, les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie.* »

Afin de réaliser cette éducation thérapeutique, les soignants doivent aussi acquérir des compétences spécifiques par le biais de formations.

Toujours dans l'exemple du patient asthmatique, l'éducation thérapeutique du patient va lui permettre de connaître les facteurs favorisant les crises, de reconnaître les premiers signes de crise, connaître l'indication des traitements et de savoir quand les prendre.

C. Finalité de l'éducation thérapeutique du patient.

Cette finalité est bien résumée dans le rapport paru en septembre 2007 « pour une politique nationale d'éducation thérapeutique » qui dans sa première recommandation stipule que : « *L'éducation thérapeutique s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'évènements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement,*

modification du traitement, événements intercurrents,...) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable. » (7)

Et surtout, *« son but principal est de produire un effet thérapeutique complémentaire à ceux de toutes les autres interventions (pharmacologiques, kinésithérapie, etc.) » (1).*

1. Autonomie.

Rendre le malade autonome consiste à, *« former les patients à l'autogestion, à l'adaptation du traitement à leur maladie chronique, et à leur permettre de faire face au suivi quotidien. L'éducation thérapeutique du patient doit être conçue pour permettre au patient (ou à un groupe de patients et aux familles) de gérer le traitement de leur maladie et de prévenir les complications, tout en maintenant ou en améliorant leur qualité de vie. » (1)*

L'objectif est d'avoir un patient autonome afin qu'il soit acteur principal de sa santé (8).

2. Acquisition de compétences.

Cette autonomie n'est possible que grâce à l'acquisition ou le renforcement de compétences qui sont un ensemble de connaissances ou de comportements que le patient doit intégrer.

Selon l'HAS, (9) on retrouve deux types de compétences :

- les compétences d'auto-soins : *« décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé »* cela peut consister en la réalisation de gestes techniques (à type d'auto-surveillance ou d'auto-mesure), à l'adaptation du traitement, à la modification de ses habitudes de vie, et à prévenir les complications, etc.. On y retrouve aussi les compétences dites de sécurité qui visent à *« sauvegarder la vie du patient »*.

- les compétences d'adaptation : selon l'OMS sont « *des compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent à des individus de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci* ». Elles s'appuient sur le vécu du patient ainsi que sur son expérience personnelle et font parties d'un ensemble plus large de compétences psycho-sociales. Celles-ci favorisent l'acquisition des compétences d'auto-soins.

La finalité de l'éducation thérapeutique du patient est donc d'aider « *le sujet patient à devenir le premier acteur de ses soins. Il va non seulement acquérir des compétences spécifiques mais aussi apprendre à maintenir un projet de vie, à le construire ou à le reconstruire. Il est alors un véritable partenaire thérapeutique.* » (10).

II. Apparition de la notion d'éducation thérapeutique.

A. Modèle théorique.

La notion d'éducation dans la santé se développe dans les années 70 avec l'apparition du modèle bio-psycho-social décrit par Bury, l'éducation va progressivement remplacer l'information (Tableau 1).

Tableau 1 : Modèle de santé d'après Bury (2)

	Modèle Biomédical	Modèle Bio-psycho-social
Modèle	Modèle fermé	Modèle ouvert
Concept de maladie	Maladie organique	Maladie résulte de facteurs complexes organiques, humains et sociaux
Personnes concernées par la pathologie	La maladie affecte l'individu	La maladie affecte l'individu, la famille et l'environnement
Prise en charge	La maladie doit être diagnostiquée et traitée	La maladie demande une approche continue, de la prévention à la réadaptation, qui tient compte des facteurs organiques psychologiques et sociaux
Acteurs des soins	Par le médecin	Par des professionnels de santé travaillant en collaboration
Système de soins	Dans un système autonome centré autour des hôpitaux dirigés par des médecins	Dans un système ouvert et interdépendant avec la communauté

La prise en charge des patients change ; on passe alors du médecin détenteur du savoir qui agit sur le patient vers une prise en charge globale, où le patient et son entourage agissent pour la santé. L'intégration de la pédagogie dans les soins va permettre à l'éducation thérapeutique de progressivement remplacer la simple information.

En effet, il est important de dissocier l'éducation thérapeutique du patient de l'information. Des études ont d'ailleurs démontrées qu'une information seule ne suffisait pas à rendre le patient autonome. (9).

L'information n'est pas équivalente à l'éducation thérapeutique, le patient est alors passif dans sa prise en charge et non pas acteur de sa santé afin d'intervenir dans les décisions.

B. Textes légaux.

En parallèle, sont apparus des textes officiels, qui ont permis de développer le concept d'éducation thérapeutique.

En 1986, la première conférence internationale pour la promotion de la santé a adopté la charte d'Ottawa, dans le but d'obtenir « *la santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.* ». Celle-ci met en avant la promotion de la santé, le but étant de donner à chacun plus de compétences pour leur propre santé afin d'atteindre « *un état de complet bien-être physique, mental et social* ». Il s'agit d'un appel pour une action internationale.

En 1998, l'OMS a défini la notion d'éducation thérapeutique (4) comme citée précédemment.

La circulaire du 4 mai 1999, renforce la pratique de l'éducation thérapeutique chez le patient diabétique. Elle encadre l'organisation des soins des patients diabétiques de type 2, et met en avant la prise en charge du patient dans sa globalité. Et elle renforce ainsi l'intervention d'acteurs médicaux et paramédicaux dans les actions d'éducation.

Le rapport du conseil national de l'ordre des médecins du 5 juin 1999 portant sur l'information et la formation du patient stipule que, « *L'éducation du patient s'adresse aussi bien à un individu qu'à un groupe restreint et homogène atteint d'une même affection. C'est une nécessité éthique, déontologique et économique essentielle mais aussi une nécessité collective* ».

En février 2001, le ministère de la santé lance une promotion de l'éducation à la santé et de l'éducation thérapeutique en réalisant un « *plan national d'éducation pour la santé (PNEPS)* » (5) qui prévoit pour l'éducation thérapeutique :

- La formation systématique des professionnels de santé à l'éducation thérapeutique.
- Le financement de l'éducation thérapeutique en ville et à l'hôpital : dans un premier temps, pour les adultes diabétiques et pour les enfants asthmatiques et, dans un second temps, pour tous les patients dont l'état de santé le nécessite.

En novembre 2001 le ministère de la santé publie un programme national d'action sur le diabète, suivie en février 2002 d'un programme sur les maladies cardiovasculaires puis en novembre 2002 sur l'asthme. Ces plans nationaux comportent différents objectifs dont celui d'aider les patients à être acteurs de leur santé en facilitant l'accès à l'éducation thérapeutique.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé définit pour la première fois les objectifs d'une politique de prévention « *qui tend notamment à développer [...] des actions d'éducation thérapeutique du patient* ». C'est, aussi, cette loi qui crée l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

La loi 13 août 2004, (11) relative à l'assurance maladie, crée la Haute Autorité de Santé (HAS) qui est, notamment, chargée « *d'évaluer la qualité et l'efficacité des actions ou programmes de prévention, notamment d'éducation pour la santé, de diagnostic ou de soins* ».

En 2005, est adoptée la charte de Bangkok qui reprend et complète les valeurs, principes et stratégies d'action de la charte d'Ottawa ainsi que les recommandations ultérieures sur la promotion de la santé dans le monde.

En juin 2007, la haute autorité de santé publie un guide méthodologique sur la structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (9).

Le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011) est réalisé par le ministère de la santé, il a pour objectif d'élargir la pratique médicale à l'éducation thérapeutique.

En septembre 2008, le rapport à Bachelot intitulé « pour une politique nationale d'éducation thérapeutique » (7) est réalisé, il a comme objectif de :

- Définir les modèles d'éducation thérapeutique les plus pertinents au regard du système de soins français ;
- Préciser les modalités nécessaires à leur mise en œuvre ;
- Proposer à côté des actions d'éducation thérapeutique stricto sensu, une typologie des actions d'accompagnement à la qualité de vie et d'aide à l'observance.

Le 3 avril 2009, le conseil national de l'ordre des médecins publie un rapport intitulé « l'éducation thérapeutique » (12) reprenant les concepts et les modalités de l'ETP mais aussi le rôle du médecin traitant dans la pratique de l'ETP.

Enfin, le 21 juillet 2009, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (loi HPST) est entrée en vigueur, elle reconnaît l'éducation thérapeutique comme thérapeutique à part entière avec son cadre, ses finalités et ses modes de financements. Elle précise notamment dans l'article 84 (13) que : « *L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie* ».

III. Enjeux et limites de l'ETP.

A. Enjeux de l'ETP.

L'HAS a publié un document présentant les résultats d'analyses exhaustives des études économiques ou des essais cliniques étudiant l'impact de l'ETP sur le recours aux soins(14). Il en résulte :

- Chez l'enfant asthmatique, une amélioration des fonctions pulmonaires, une réduction des absences scolaires, une réduction des jours d'activité limitée et une réduction du recours aux urgences.
- Chez l'adulte asthmatique, une tendance modérée à l'amélioration de la santé des patients.
- Chez le patient BPCO, il existe un manque de résultats cliniques dans les évaluations de programmes d'éducation expliqué par l'absence de réversibilité de la maladie.
- Chez le patient atteint de diabète de type 1, on retrouve une amélioration durable du contrôle du diabète, une réduction des hospitalisations ainsi qu'une réduction de l'incidence et du coût des complications. A la différence des patients atteints de diabète de type 2 pour lesquels les études n'ont pas été concluantes.
- Sur le plan rhumatologique, il existe une amélioration de la gestion de la douleur et de l'incapacité (mais il s'agit d'études de faibles qualités).
- Sur le plan cardiologique, on retrouve une réduction importante du risque de ré-hospitalisation et des coûts hospitaliers (en dehors du suivi du traitement par anticoagulant oral).

Ainsi on retrouve deux types d'enjeux :

L'enjeu épidémiologique : en effet l'ETP représente une solution pour diminuer les complications, stabiliser la maladie et pour améliorer la qualité de vie des patients.

L'enjeu économique : Les complications coûtent beaucoup au système de santé, or elles sont réduites grâce à l'ETP, de plus, celle-ci permet aussi de réduire le nombre d'hospitalisation ainsi que les coûts hospitaliers.

L'enjeu sociologique paraît lui aussi essentiel : en effet, la recherche de l'autonomie du patient et l'amélioration de sa communication avec le personnel soignant ont pour but d'obtenir une alliance thérapeutique renforcée par la compréhension mutuelle et la négociation. Cela permet de faire évoluer la relation autoritaire médecin-malade vers un équilibre entre les deux partenaires.

B. Limites de l'ETP.

Plusieurs études quantitatives ont permis de repérer différents freins aux actions d'éducation thérapeutique (15,16) : manque de temps, manque de connaissance et de formation, manque de professionnels et structure relais, manque de rémunération, manque de sensibilisation du patient et, barrière culturelle et linguistique.

Néanmoins, on peut retrouver divers éléments positifs, tels que l'intérêt manifesté par les médecins et les autres professionnels de la santé, la satisfaction des patients et le soutien de certaines autorités de santé qui encouragent la recherche.

Les travaux de développement de l'ETP ont pour objectif de permettre à tout patient d'avoir accès à une ETP de qualité sur l'ensemble du territoire. (17).

IV. Pratiques actuelles de l'ETP.

A. A qui s'adresse l'ETP ?

L'éducation thérapeutique du patient doit être proposée à toute personne (enfant avec ses parents, adolescent et adulte quel que soit leur âge) ayant une maladie chronique, et ce, quel que soit le type ou le stade d'évolution de cette maladie. Si elle est acceptée, elle doit s'adapter aux besoins et aux demandes du patient qui a toute liberté d'y participer ou non, ainsi que d'en négocier les buts et modalités de mise en œuvre avec les professionnels de santé.

Les proches du patient (parents, enfants, conjoint, fratrie, personne de confiance...) peuvent être associés à cette démarche d'ETP s'ils le souhaitent.

B. Qu'est-ce qu'un programme d'ETP ?

Lorsqu'est débuté un programme d'ETP, le ou les patients ainsi que les intervenants peuvent se retrouver dans des lieux différents en fonction du contexte, en effet, elle peut être faite dans un lieu dédié aux soins (réseau de santé, cabinet médical et paramédical, centre de santé, établissement thermal) comme au domicile du patient ou tout autre lieu garantissant confort, sécurité et confidentialité.

Le choix de ce lieu se fera en fonction de l'offre locale en ETP et des souhaits du patient ainsi que de ses contraintes professionnelles et familiales.

Ce programme se planifie systématiquement en quatre étapes proposées par le guide méthodologique de l'HAS publié en juin 2007 (9) :

- La première étape consiste à identifier les besoins des patients en réalisant un diagnostic éducatif. Pour ce faire l'équipe soignante va réaliser un interrogatoire précis ayant pour but de comprendre comment le patient se comporte en matière de

santé et, ce qui peut l'aider à maintenir, changer ou améliorer ses comportements. Il va ressortir alors les composantes pédagogiques psycho-sociales et bio-médicales.

- La seconde étape permet de formuler avec le patient les compétences qu'il doit développer ou maintenir et d'en discuter avec lui afin de réaliser un programme personnalisé d'ETP. Seront définies les priorités d'apprentissage que le patient doit développer pour résoudre ses problèmes dans sa vie quotidienne.

- La troisième étape consiste à mettre en œuvre le programme d'ETP en sélectionnant le contenu, la méthode et les techniques d'apprentissage (jeux, partage d'expérience, mise en situation) qui seront proposées afin de faciliter l'acquisition des compétences. Cette étape consiste en la réalisation de séances d'éducation thérapeutique qui peuvent être individuelles ou collectives, leur durée est d'environ 45 minutes.

- La quatrième étape permet de vérifier les connaissances, les progrès, l'amélioration du comportement de soin du patient (les compétences qu'il a acquise). Elle permet aussi d'évaluer l'évolution de ses résultats médicaux et l'amélioration de sa qualité de vie. Un compte rendu indiquant ce que le patient sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qui lui reste éventuellement à acquérir et la manière dont il s'adapte à ce qui lui arrive sera remis au patient et aux différents personnels de santé.

L'HAS permet de différencier plusieurs offres d'ETP qualifiées d'« initiale », de « suivi régulier » et de « suivi approfondi ». Chacune de ces offres comportent 4 types de séances :

- Une ou plusieurs séances individuelles permettant la réalisation ou l'actualisation du diagnostic éducatif.

- Des séances d'ETP individuelles ou collectives permettant l'acquisition des compétences (auto-soin, adaptation)

- Une séance individuelle d'évaluation des compétences acquises et des changements du patient. Évaluation aussi du déroulement du programme.

- Une coordination autour du patient, des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la maladie chronique.

V. La place du médecin généraliste.

A. Généralités.

La définition du médecin généraliste a été établie par la société européenne de médecine générale (WONCA Europe) en 2002 permettant de définir les compétences propres au médecin généraliste ; « *La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. [...]*

Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent, indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. » (18).

La loi HPST (6) définit quant à elle un cadre juridique au médecin généraliste en lui attribuant un rôle pivot en termes de soins de premier recours. Elle donne à

l'éducation thérapeutique du patient une priorité nationale et demande aux ARS d'en piloter les programmes éducatifs.

Ces ARS proposent quant à elles de déployer l'éducation thérapeutique dans les soins de premier recours, ce qui ne pourra se faire qu'en « *impliquant fortement le médecin traitant. Il doit pouvoir sensibiliser et accompagner son patient dans son parcours d'ETP. Il doit bénéficier d'un retour par rapport aux objectifs fixés afin de s'investir dans le suivi éducatif de son patient. Il doit pouvoir être associé à la conception et/ou l'animation d'un programme.* »(19)

Les médecins généralistes sont donc devenus les acteurs principaux de cette mise en place nationale de l'éducation thérapeutique. Cela est d'ailleurs, logique car le médecin généraliste connaît bien son patient, son comportement, son environnement et son entourage.

B. Structuration de l'ETP en ambulatoire.

L'ETP nécessite, pour être de bonne qualité, d'être structurée. Or, les guides méthodologiques existant sur la structuration d'un programme éducatif dans le champ des maladies chroniques (édités par l'HAS et l'INPES (9)) sont plutôt destinés aux structures collectives et sont mal adaptés à la pratique individuelle en cabinet.

Néanmoins, les différentes étapes structurées peuvent être rapportées à la médecine générale. En effet, rien n'empêche le médecin de réaliser seul le diagnostic éducatif et d'orienter ensuite son patient vers des structures de proximité afin d'organiser le suivi. A condition toutefois, qu'une transmission des résultats du programme et de l'évaluation individuelle soit réalisée.

Comme le précise le conseil de l'ordre (12) : « *L'éducation thérapeutique ne s'improvise pas. Elle s'appuie sur des concepts issus des sciences humaines, (anthropologie, psychologie, sociologie, pédagogie), elle met en jeu des techniques*

qui lui sont propres et maintenant bien validées. » Il paraît donc indispensable à tout médecin généraliste de réaliser au minimum une « formation-sensibilisation » lui permettant de bien comprendre ce qu'est (et ce que n'est pas) l'ETP afin de l'intégrer au long cours dans sa relation individuelle avec le patient (19).

C. L'ETP en médecine générale.

Le rapport Bachelot de 2008 permet de constater que « l'absence d'évaluation nationale des données quantitatives existantes ne permet pas d'appréhender la réalité des pratiques d'éducation thérapeutique du patient réalisées par des professionnels de santé en ambulatoire, en France. »(7)

Néanmoins, quelques études régionales permettent de retrouver qu'une grande majorité de médecins généralistes déclarent pratiquer de l'Éducation thérapeutique au sein de leur cabinet (80% en midi pyrénéen ; 96,9% dans l'Indre et le Loiret). La totalité de ces médecins réalisent la première étape de l'ETP, à savoir, la sensibilisation et l'information du patient. Même si elle est indispensable, elle n'équivaut pas à de l'éducation thérapeutique et ne se suffit pas en elle-même (15). Les autres étapes de l'ETP sont moins fréquemment mises en œuvre par le médecin généraliste car peu connues des médecins non formés ou délégués aux spécialistes ou aux réseaux de santé.

L'éducation thérapeutique s'est fortement développée dans le cadre de réseaux, surtout sur le plan collectif. La participation du médecin généraliste y reste essentielle mais malheureusement peu exploitée.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Question de recherche

Notre question de recherche est « Quel est l'état des connaissances et la pratique en éducation thérapeutique des médecins généralistes installés du Nord-Pas-de-Calais ? ».

Pour répondre à cette questions, nous avons décidé de réaliser une étude qualitative, ce qui nous semblait adapté. En effet, la recherche qualitative n'a pas pour but de quantifier ou de mesurer, elle consiste plutôt à recueillir des données verbales. Cela permet de répondre à des questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? » en s'intéressant plus particulièrement à comprendre un phénomène plutôt qu'à le compter, ce qui est le but de cette étude.

II. Population cible

Dans cette étude, nous avons interrogé des médecins généralistes installés dans la région Nord-Pas-de-Calais. Ces médecins choisis à proximité de nos lieux de remplacements, ont été recrutés par contact téléphonique. Nous avons essayé de diversifier au mieux les lieux d'installation ainsi que l'âge des praticiens interviewés.

Nous avons défini, a priori, un échantillon de 10 médecins afin d'avoir une diversification des données. Néanmoins cet échantillon pouvait être augmenté jusqu'à ce que nous arrivions à saturation des données.

Les caractéristiques de ces médecins sont :

Sexes : 3 femmes, 7 hommes.

Secteurs : 2 en métropole Lilloise, 2 dans le Béthunois et 6 dans le Douaisis.

Âge : 1 de 20 à 29 ans, 3 de 40 à 49 ans, 3 de 50 à 59 ans et 3 de 60 à 65 ans.

III. Méthode de recueil des données

A. Guide d'entretien.

Nous avons choisi, initialement, de réaliser des entretiens semi dirigés, pour cela nous avons commencé par réaliser un guide d'entretien (annexe 1) répondant à la question de recherche. Une question initiale dite « brise-glace » était formulée suivi de 12 questions ouvertes avec des questions de relance permettant d'avoir en réponse un discours librement formulé, et répondant à la question de recherche.

B. Réalisation des entretiens et recueil des données.

Matériel : dictaphone, guide d'entretien.

Les différents entretiens ont été réalisés du 15/03/2014 au 21/06/2014, nous avons réalisé 5 entretiens individuels et 1 focus groupe soit un total de 10 médecins interrogés. Chacun des entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins interviewés. La durée des entretiens était comprise entre 12,40 et 25,01 minutes. L'ensemble des questions ainsi que les questions de relance étaient posés par le modérateur. Il avait pour objectif de faire immerger les différents points de vue, en aidant l'interviewé à formuler des réponses en l'encourageant, reformulant son discours ou encore en le réorientant sur les points oubliés. Il était aidé par un observateur qui s'occupait des différents enregistrements, et prenait des notes sur le ressenti non verbal et la dynamique de l'entretien.

IV. Méthode d'analyse des données.

A. Retranscription

Matériel : dictaphone, ordinateur, logiciel Open office.

La retranscription des enregistrements audio a été faite manuellement au mot à mot en intégrant également les silences, hésitations ainsi que les rires, et ce afin de retranscrire avec le plus de fidélité possible l'intégralité du contenu de l'entretien. Une fois l'ensemble des propos des interviewés retranscrit sous la forme d'un texte appelé verbatim, une relecture était effectuée afin de vérifier la fidélité de la retranscription du discours.

B. Codage

Matériel : logiciel Nvivo 10.

Un codage des différents verbatims a par la suite été réalisé selon une analyse thématique. Cette analyse consiste à attribuer un thème à chaque extrait du verbatim. Pour ce faire, nous avons réalisé une attribution de thèmes ininterrompue au cours de lectures successives des verbatims. A la fin du codage de chaque verbatim, une triangulation était effectuée avec le résultat du codage d'un autre enquêteur, après accord sur la formulation des noms des différents thèmes. Cette triangulation, essentielle pour la validité interne, permettait de vérifier la similarité des thèmes codés par les deux enquêteurs (supérieurs à 85% dans notre étude). Le codage prenait fin quand la saturation des données était atteinte, c'est à dire que plus aucun nouveau thème n'était créé pour un nouveau verbatim. Cette saturation est arrivée dans l'étude après codage du quatrième verbatim (soit après le huitième médecin interviewé). Pour les deux derniers verbatims, seul un enrichissement des thèmes déjà créés a été réalisé. Cette première partie du codage dite codage ouvert

nous a permis d'identifier 165 thèmes ou nœuds différents. Ces nœuds étaient ensuite regroupés par catégories et sous catégories afin de réaliser une réduction qualitative des données. Cette deuxième partie est appelée codage axial, elle nous a permis de réduire les thèmes en 18 nœuds différents eux-mêmes regroupés en deux grands thèmes en lien avec la question de recherche. Ce dernier codage est appelé codage sélectif.

RÉSULTATS

Les entretiens portent sur l'état des connaissances et la pratique de l'éducation thérapeutique au sein des consultations de médecine générale, ceux-ci ont permis de mettre en avant plusieurs thèmes :

I. Connaissances des médecins généralistes concernant l'éducation thérapeutique du patient.

A. Les médecins généralistes déclarent méconnaître l'éducation thérapeutique officielle.

La quasi totalité des médecins déclare ne pas connaître les textes légaux encadrant l'éducation thérapeutique notamment la loi HPST. Seuls deux médecins interrogés en connaissent l'existence mais ne savent pas en décrire le contenu (Tableau 2).

Sur le plan des formations, trois des médecins interrogés ne connaissent pas l'existence de formations spécifiques concernant l'ETP (Tableau 2).

Enfin, au sujet des réseaux éducatifs, deux médecins disent ne pas les connaître. « *Je ne connaissais pas ces structures, en tout cas il n'y en a pas dans mon coin ou je n'en ai jamais entendu parler.* » (Médecin A)

Tableau 2 : Connaissance des médecins en ETP.

	Nombre de médecins /10	Nombre de citations
Méconnaissance des textes	8	19
Méconnaissance des réseaux	2	3
Méconnaissance des formations	3	3
Connaissance de l'existence de textes législatifs	2	5

B. L'éducation thérapeutique du patient fait partie intégrante de la médecine générale.

Globalement, les médecins pensent réaliser l'éducation thérapeutique de manière intuitive au sein de leurs consultations car elle fait partie intégrante de la médecine générale (Tableau 3), d'après le médecin F « *tous les médecins réalisent de l'éducation thérapeutique sans le savoir* », le médecin C nous dit « *j'ai toujours l'impression de faire de l'éducation thérapeutique* » et enfin le médecin H déclare « *c'est le rôle du médecin généraliste* ».

Tous les médecins s'accordent à dire que par sa fonction, le médecin généraliste joue un rôle central dans l'éducation du patient.

En effet, il ressort d'après eux, que le rôle du médecin est (Tableau 3) :

- D'expliquer au patient : « *donc moi j'essaie d'insister beaucoup sur les explications* » (médecin I)
- De donner de l'information : « *c'est moi qui parle, je parle, j'informe, je définis des choses* » (médecin A)
- De faire comprendre au patient : « *parce qu'il faut qu'ils comprennent ce qu'ils doivent faire et le pourquoi et le comment.* » (médecin F)
- De montrer l'exemple : « *déjà le médecin doit montrer l'exemple aussi* » (médecin B).

Tableau 3 : L'ETP est intégrée à la médecine générale.

	Nombre de médecins /10	Nombre de citations
L'ETP fait partie de la médecine générale	7	24
Le Médecin explique	9	50
Le Médecin informe	9	34
Le Médecin fait comprendre	10	33
Le Médecin montre l'exemple	3	4

C. L'ETP s'adresse à tous les patients porteurs de pathologies chroniques sans exclure les pathologies aiguës.

Les médecins sont d'accord sur le fait que l'ETP peut être réalisée pour chaque pathologie qu'elle soit aiguë ou chronique (Tableau 4). « *Je pense qu'un soupçon d'éducation dans chaque consultation est de mise.* » (médecin A)

Néanmoins, quatre des médecins précisent que cette éducation est bien plus développée dans le cadre des pathologies chroniques. « *pour tout type de maladie, alors bien sûr après il y a des maladies chroniques où ce sera plus judicieux* » (médecin A)

L'ensemble des médecins est aussi d'accord pour dire que l'ETP concerne tous les patients même si pour certains, cela est plus difficile à appliquer. « *je pense que ça doit s'adresser à tous les patients et ça pourrait s'adresser à tous les patients* » (médecin A).

D. L'ETP vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de connaissances.

1. Autonomie du patient.

La totalité des médecins voit en l'ETP un moyen de rendre le patient plus autonome (Tableau 4). En effet, l'ETP est perçue par les médecins comme un moyen de responsabiliser le patient, afin de lui permettre d'être acteur de sa santé, pour qu'il s'implique et qu'il adhère à sa prise en charge : « *qu'il se sente responsable de lui-même, arrêter de les infantiliser [...] le support primordial c'est vraiment l'implication* » (médecin H), « *qu'ils deviennent acteur de leur santé* » (médecin C), « *pour qu'ils puissent adhérer au mieux à des démarches de soin* » (médecin A).

Notamment les médecins soulignent que cette démarche n'est possible que si le patient le décide. « *Le patient prend le traitement s'il veut* » (médecin A).

2. Appropriation de nouvelles compétences.

D'après tous les médecins interrogés, l'ETP permet au patient d'acquérir de nouvelles aptitudes, grâce à la compréhension de sa pathologie, et ainsi de modifier ses habitudes de vie pour améliorer sa prise en charge (Tableau 4). « *l'éducation thérapeutique ben c'est d'abord lui faire comprendre* » (médecin J) « *quelqu'un qui comprend c'est quelqu'un qui se soigne mieux forcément* » (médecin H).

E. La prise en charge de l'ETP est multidisciplinaire.

La majorité des médecins interviewés a conscience que la prise en charge de l'ETP est multidisciplinaire, elle ne se limite pas seulement au médecin généraliste (Tableau 4). « *C'est une prise en charge multidisciplinaire, c'est pas que moi, fin c'est pas que le docteur* » (médecin H).

F. L'ETP a pour objectif le suivi des traitements.

Pour la majorité des médecins, l'ETP permet de motiver le patient à prendre ses traitements pour ainsi améliorer l'observance (Tableau 4). « *le motiver à prendre ses cachets* » (médecin G) « *l'objectif premier c'est toujours d'améliorer son observance* » (médecin I)

Pour certains médecins, elle permet d'améliorer l'efficacité du traitement et même de limiter la prescription médicale. « *c'est sûr qu'avec l'éducation du patient on peut arriver à beaucoup de choses et à éventuellement même diminuer la prescription médicale* » (médecin D).

G. L'ETP a pour objectif d'améliorer la qualité de vie du patient.

Tous les médecins voient en l'ETP une manière d'améliorer la qualité de vie du patient (tableau 4). « *lui apporter un bien être, je pense que c'est ça* » (médecin G) « *le but c'est quand même d'améliorer la santé de nos concitoyens* » (médecin A).

H. L'ETP améliore la coopération entre le médecin et le malade.

La plupart des médecins estiment que la réalisation de l'ETP est bénéfique dans leur relation avec les patients (Tableau 4).

En effet, ils perçoivent chez les patients qui en bénéficient une satisfaction, et en retour cela est valorisant pour eux. « *quand il y a dialogue comme ça [...] je pense que le patient va apprécier forcément* » (médecin D) ; « *c'est même valorisant pour le médecin de faire ce genre de truc* » (médecin J)

Cependant, il doit exister une coopération entre les 2 protagonistes. « *donc nous on veut bien les soigner mais eux il faut qu'ils s'engagent à suivre les soins* » (médecin B).

Tableau 4 : Vision de l'ETP par les médecins généralistes.

	Nombre de médecins /10	Nombre de citations
L'ETP s'adresse a tous patients et pathologies	10	49
Autonomie pour appropriation de compétences	10	99
Multidisciplinaire	6	19
Objectif : traitement et qualité de vie	10	46
Coopération	10	39

I. L'ETP présente peu d'intérêt.

Deux médecins ont émis des réserves sur l'intérêt de la réalisation de l'ETP :

Un médecin interrogé a le sentiment d'être peu récompensé au vue du travail fourni pour réaliser cette ETP, et émet des doutes sur le fait que l'ETP améliore la prise en charge du patient. « *en général t'es très peu récompensé [...] je suis pas sûr que ça améliore la prise en charge* » (médecin H)

Un autre médecin considère l'ETP comme un effet de mode. « *C'est à la mode* » (médecin F).

II. Pratique de l'éducation thérapeutique du patient par les médecins généralistes.

A. Pratique de l'ETP sans formation initiale.

Seul 1 des médecins interrogés a suivi une formation sur l'ETP. Les autres médecins n'en ont jamais suivi, par manque d'intérêt, manque de temps ou méconnaissance de l'existence de ces formations.

B. Différents modes de consultation pour la réalisation de l'ETP.

Tous les médecins affirment intégrer de l'éducation au sein de chaque consultation standard (Tableau 5) : « *à chaque fois ils ont une explication* » (médecin J) « *c'est toujours au sein de la consultation, je fais jamais de consultation vraiment pour ça en fait* » (médecin G).

Ensuite, la réalisation de consultations spécifiquement dédiées à l'éducation fait débat au sein des médecins interrogés :

- 7 médecins ne voient pas d'intérêt à la réalisation de ces consultations spécifiques : manque de temps, réticences du patient ou désintérêt du médecin. « *si [...] c'est nous qui les font venir, là ça devient grave, parce que bon on a suffisamment de travail, peut être quand on n'aura plus suffisamment de travail on fera peut-être ça* » (médecin D) « *je pense pas que les gens accepteraient ça tellement* » (médecin F).

- 3 médecins déclarent réaliser des consultations entièrement dédiées à de l'éducation (Tableau 5). « *C'est sûr que moi ça m'arrive de faire des consultations de prévention sans ordonnance à la clé avec juste des explications* » (médecin I). Néanmoins, ils n'appliquent ces consultations que pour les patients les plus

impliqués. « *C'est pas forcément dans la majorité des cas mais, les gens que tu sens impliqués t'essaye de les aider.* » (médecin H).

Tableau 5 : Modes de pratique de l'ETP

	Nombre de médecins /10	Nombre de citations
ETP au sein de Consultations standards	10	64
ETP au sein de consultations spécifiques	3	24

C. Les médecins ont recours à différents intervenants pour la réalisation de l'ETP.

La majorité des médecins pense que l'ETP implique une prise en charge multidisciplinaire. « *Je pense que l'éducation thérapeutique ça passe aussi par [...] un infirmier peut être qui donne des conseils, une diététicienne, [...] bon toute une équipe quoi* » « *une prise en charge multidisciplinaire* » (médecin H).

1. Recours aux spécialistes non généralistes.

Une partie des médecins dit attendre des spécialistes non généralistes qu'ils aient le même discours qu'eux afin de renforcer les acquis des patients. Ils pensent aussi qu'ils n'ont pas de rôle supplémentaire à jouer dans cette éducation (Tableau 6). « *Qu'on marche tous dans le même sens [...] de retaper le fer contre l'enclume quoi, euh pour que ça rentre bien quoi* » (médecin J).

2. Recours aux hôpitaux.

Une majorité des médecins pense que le milieu hospitalier est un lieu privilégié pour la réalisation de l'éducation thérapeutique (Tableau 6). « *Quand c'est l'hôpital de semaine, l'hospitalisation programmée y'a les infirmières, y'a toute l'équipe y'a les sessions, oui là c'est bien organisé.* » (médecin I)

3. Recours aux réseaux.

Une grande partie des médecins interrogés a des patients qui ont recours aux réseaux pour la réalisation de l'ETP (Tableau 6). Ils sont globalement satisfaits de

cette prise en charge : « *C'est vachement important, ils nous permettent de faire comprendre plein de choses, puisqu'ils voient des infirmières, des endocrinos, des ophtalmos, des psychologues.* » (médecin B)

Cependant, l'orientation de ces patients vers les réseaux est peu initiée par les médecins à cause des contraintes. « *Tant qu'il y aura des formalités à faire je les inciterai pas* » (médecin D).

Deux des médecins interviewés déclarent ne pas travailler avec les réseaux.

Tableau 6 : Recours à différents intervenants.

	Nombre de médecins /10	Nombre de citations
Aide des réseaux	8	36
Aide des spécialistes	4	13
Aide de l'hôpital	6	12

D. Utilisation de supports éducatifs pour la réalisation de l'ETP.

Seul 1 des médecins interrogés déclare réaliser de l'éducation exclusivement par des informations orales. Tous les autres médecins utilisent des supports éducatifs divers pour réaliser cette éducation (Tableau 7) : réalisation de dessins, planches anatomiques, maquettes anatomiques, fiches HAS, fiches de laboratoires, feuilles de suivi personnalisées, démonstrations du médecin, internet.

Tableau 7 : Utilisation de supports éducatifs divers.

	Nombre de médecins /10	Nombre de citations
Démonstration du médecin	2	5
Dessins	5	9
Fiches HAS	1	1
Fiches de laboratoires	4	6
Fiches explicatives	3	3
Internet	2	3
Moyens mnémotechniques	2	4
Petits objets	3	3
Planches anatomiques	4	4
Fiche de suivi personnel	1	2

E. Le médecin informe le patient.

La totalité des médecins réalise cette éducation en informant le patient sur les bases de la pathologie, les complications et les traitements. Cette information est réalisée de façon répétitive à chaque consultation, avec un discours adapté. Le but étant de se faire comprendre du patient. *« Disons que leur maladie au départ on leur décrit, enfin on leur dit ce qu'ils ont, donc et après il faut leur expliquer ce qu'ils doivent faire pour aller mieux »* (médecin E)

« C'est pas la peine de l'abreuver d'un coup, t'en rebalance un petit peu et puis voilà au fur et à mesure, t'essaye de nourrir un petit peu leur formation quoi » (médecin G)

« essayer d'expliquer de réexpliquer 5, 6 fois la même chose pour qu'à la fin ils comprennent » (médecin I)

F. Le médecin recherche l'adhésion du patient.

Dans le but d'obtenir l'adhésion du patient, les médecins interrogés mettent en place différentes approches au sein de leurs consultations (Tableau 8) :

- Pour une partie d'entre eux, cela passe par l'instauration d'une relation de confiance.
- Pour d'autres, un discours moralisateur peut être bénéfique alors que pour certains il est inefficace.
- Un médecin déclare parfois omettre délibérément certaines informations notamment pour améliorer l'observance.

Les médecins ressentent aussi une meilleure adhésion du patient lorsque la prise en charge est gratuite.

Tableau 8 : Recherche de l'adhésion des patients.

	Nombre de médecins /10	Nombre de citations
Relation de confiance	4	8
Moralisation	2	4
Omission	2	6

G. Les médecins ont pour but d'apprendre aux patients de nouvelles compétences.

La plupart des médecins essaient de faire acquérir aux patients de nouvelles compétences tel que l'apprentissage de l'automédication, l'importance de l'observance et de savoir quand consulter son médecin (décompensation, surinfections, ..). *« On essaye d'insister sur l'importance de finir un traitement, de reconsulter quand ça va pas, des choses simples. »* (médecin H)

H. Les médecins réalisent une évaluation des acquis des patients

La quasi-totalité des médecins interrogés évalue les acquis de leurs patients, en général en leur posant des questions sur ce qui a été évoqué lors des précédentes consultations. *« Une deuxième partie de consultation qui serait plus basée sur du questionnement, [...] pour vérifier que les choses sont bien intégrées. »* (médecin A).

I. Grandes variabilités des pratiques en ETP.

La majeure partie des médecins déclarent réaliser de l'éducation de manière variable selon les consultations (Tableau 9) :

- Il apparait des différences liées aux connaissances qu'il possède sur la maladie *« c'est beaucoup plus facile d'éduquer un diabétique quand on en éduque une dizaine par mois que d'éduquer quelqu'un par rapport au lupus par exemple qui est beaucoup plus rare. »* (médecin A).

- Il apparaît aussi des différences liées à l'humeur du médecin au moment où il réalise sa consultation. « *Il y'a des jours aussi où on va pas avoir envie de parler d'éducation, où on va être pris par autre chose, pris par le temps, pris par notre vie personnelle qui vont faire qu'on n'aura pas forcément le temps ou l'envie de parler d'éducation* » (médecin A), « *si ce jour-là y'a une épidémie de gastro c'est mort* » (médecin H).

Quelques médecins pensent que la manière dont est réalisée l'ETP est différente pour chaque médecin car elle est directement liée à leur conception de la médecine. « *L'éducation thérapeutique du patient ça dépend directement de toi-même quoi c'est tout, je pense que c'est, c'est ton état, c'est ton état de voir la médecine quoi.* » (médecin G).

Tableau 9 : Facteurs de variabilité de l'ETP.

	Nombre de médecins /10	Nombre de citations
Lié aux connaissances du médecin	1	2
Lié à l'humeur du médecin	4	6
Lié a la conception de la médecine	2	5

DISCUSSION

Les résultats étant exposés, nous allons commencer par réaliser une analyse critique de la méthodologie. Ensuite, nous vous rendrons compte de l'étude et de la discussion de ces résultats avec une réflexion à partir de la littérature.

I. Analyse critique de la méthodologie.

A. Limites liées au type d'étude.

Il s'agit ici d'une étude qualitative, elle présente nécessairement quelques limites inhérentes à ce genre d'étude :

- L'enquêteur va inconsciemment conditionner le recueil des résultats. Personnellement, c'était la première fois que nous réalisions ce type d'entretien. Un professionnel en santé publique aurait sans doute recueilli plus d'informations.

- Le recueil est basé sur la déclaration des participants, il ne reflète donc pas forcément leurs pratiques réelles mais la perception qu'ils ont de leurs pratiques.

- Manque de représentativité des données du fait du faible nombre de participants interrogés (10 médecins). Néanmoins, cette représentativité n'est pas ce qui est recherché dans une étude qualitative mais plutôt la saturation des données. Dans notre étude, nous sommes arrivés à saturation des données, le nombre de participants était donc suffisant.

- Biais de sélection des participants : ce biais est inhérent à ce type d'étude. Cependant nous avons essayé de diversifier les secteurs d'installation ainsi que l'âge

des différents participants afin qu'ils n'aient pas les mêmes formations, les mêmes influences et donc les mêmes pratiques.

- L'analyse thématique entraîne nécessairement une interprétation des données. Néanmoins, les thèmes énoncés sont accompagnés de citations permettant de restituer le plus fidèlement possible ce qui était exprimé dans les entretiens.

- Le fait qu'il y ai plus d'hommes que de femmes peut lui aussi paraître comme une limite mais, l'objectif de cette étude n'était pas de mesurer une différence entre les deux sexes mais bien d'analyser le discours des médecins généralistes.

Ces différentes limites liées au type de l'étude ont donc été, dans la mesure du possible, minimisées.

B. Limites liées au guide d'entretien.

Le guide d'entretien avait pour but de regrouper plusieurs thèmes différents, la durée relativement courte des entretiens ne permettait pas de développer dans les détails tous les thèmes. De ce fait, le nombre d'informations recueillies dans les différents sous thèmes étaient variables d'un participant à l'autre.

Les entretiens ont été réalisés de la façon la plus ouverte possible afin de laisser les médecins décrire leurs connaissances, leurs pratiques, leurs contraintes et leurs attentes, et ce, de manière libre. Cependant, des précisions orales pouvaient être ajoutées afin d'explorer au mieux les différents thèmes du guide.

C. Limites liés aux questions de l'entretien

Les participants ont été interrogés sur leurs connaissances, leurs pratiques, leurs contraintes et leurs attentes concernant l'ETP, dans la majorité des cas le sujet de l'étude n'était annoncé qu'au début de l'entretien. Cela pouvait entraîner différents types de limites :

- Soit les participants n'avaient jamais réfléchi au sujet et donc présentaient des difficultés à verbaliser ce qui pouvait entraîner une perte de donnée.

- Soit les participants avaient déjà beaucoup réfléchi au sujet, entraînant des propos reflétant plus la théorie que leur pratique réelle.

II. Discussion des résultats.

A. Connaissances des médecins concernant l'ETP.

1. Une connaissance en ETP limitée.

Dans notre étude, les médecins interrogés évoquent des lacunes dans leurs connaissances en ETP. La quasi totalité des médecins déclarent méconnaître le contenu des textes officiels encadrant l'ETP, et certains déclarent ne pas connaître les formations et les réseaux éducatifs. Ces lacunes sont retrouvées dans d'autres études de 2009 et 2010, où respectivement 12% et 29% des médecins interrogés ne savaient pas en quoi consistait l'ETP (15,20).

Un médecin de notre étude évoque aussi des doutes sur les bénéfices de l'ETP, ce qui pourrait être un reflet d'une méconnaissance des résultats de l'ETP. Cela était déjà apparu dans une étude de 2009 où 1/3 des médecins déclaraient ne pas connaître les résultats de l'ETP (20).

Il est toutefois difficile de savoir si ces lacunes sont liées à un manque d'information auprès des médecins ou à un manque d'intérêt de leur part.

2. Une représentation de l'ETP néanmoins proche des textes officiels.

Même s'ils déclarent la méconnaître, les médecins de notre étude ont des représentations de l'ETP assez proche des textes officiels.

Différentes études réalisées de 1999 à 2010 ont mis en évidence une amélioration des représentations des médecins concernant l'éducation thérapeutique : en 1999, une représentation de l'ETP floue qui se rapproche de l'éducation en général (21) ; en 2006, une ETP concernant majoritairement le savoir et non le savoir-faire (22) ; enfin en 2010, une vision proche à 95% de la définition de l'HAS (15).

Les résultats de notre étude se rapprochent plus de cette dernière, en effet, selon l'OMS : l'ETP doit permettre au patient d'être plus autonome grâce à l'acquisition de nouvelles compétences. C'est un processus permanent intégré aux soins et centré sur le patient. Elle implique des activités organisées, y compris un soutien psycho-social conçu pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation, des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé ainsi qu'à la maladie. Elle permet d'aider le patient et son entourage à comprendre la maladie et les traitements, coopérer avec les soignants et améliorer leur qualité de vie.

Notre étude retrouve effectivement certaines de ces notions, propres à l'ETP :

- Permettre l'autonomie du patient grâce à l'appropriation de nouvelles compétences.
- Une prise en charge multidisciplinaire.
- Des objectifs définis comme étant le suivi des traitements ainsi que l'amélioration de la qualité de vie.
- Une coopération nécessaire avec le patient.

Toutefois certaines notions ne sont toutefois pas évoquées, comme la prise en charge psycho-sociale avec une approche centrée sur le patient, les activités organisées de l'ETP et la prise en charge à la fois du patient et de son entourage.

Cette approche psycho-sociale centrée sur le patient est peu souvent retrouvée chez les médecins généralistes (22,23). Nous pouvons, d'ailleurs, noter qu'une évaluation du collège des médecins généralistes de l'URML Midi-Pyrénées retrouvait que seul 1/3 des médecins interrogés réalisaient cet accompagnement psycho-social (15). Or, cette notion manquante est pourtant décrite comme étant un maillon essentiel à la réalisation d'une éducation thérapeutique de qualité. Néanmoins, ce n'est pas parce que les médecins interrogés ne l'abordent pas spontanément qu'ils

n'en tiennent pas compte dans leur pratique, mais il est probable que cela ne leur paraît pas l'élément essentiel.

3. Médecin généraliste : une place privilégiée au sein de l'ETP.

Les médecins généralistes de notre étude se sentent, comme dans d'autres travaux publiés, au centre de la réalisation de l'ETP (16,17,21). Ceci paraît logique car selon WONCA (18) cette démarche d'ETP relève des fonctions fondamentales de la médecine générale. Cela semble aller dans le même sens que ce qui est proposé par la loi HPST et les ARS qui attribuent au médecin généraliste un rôle de pivot en terme de premier recours et veulent « l'impliquer fortement » à l'ETP.

B. Pratique des médecins en ETP.

1. Une absence de formation initiale en ETP.

Comme dans notre étude où l'on retrouve que seul 1 médecin a réalisé une formation en ETP, d'autres articles retrouvent aussi ce manque de formation chez les médecins généralistes (15,22,24–26). Les raisons spontanément citées dans notre étude sont le manque d'intérêt, le manque de temps et la méconnaissance de ces formations. Or, comme le déclare Jérôme Foucaud « *contrairement aux idées reçues l'ETP nécessite une formation solide et ne relève pas du don ou de dispositions personnelles qu'auraient certains acteurs, elle renvoie à différentes formations et à différents niveaux de formations* » (23). Cette formation est nécessaire car elle seule permet d'intégrer profondément l'ETP à la pratique de soins de chaque médecin, pour passer d'un mode de simple apprentissage vers un mode de partenariat avec le patient.

2. Une préférence pour une réalisation de l'ETP intégrée aux consultations.

Majoritairement, les médecins interrogés dans notre étude réalisent l'éducation au sein de leur consultation de suivi néanmoins 3 d'entre eux disent réaliser parfois

des consultations spécifiques pour éduquer leurs patients. Ces résultats concordent avec l'étude de l'URML Midi-Pyrénées (15) qui retrouve que 95.4% des médecins réalisent cette éducation au cours d'une consultation habituelle.

Le HCSP a établi divers degrés de participation des médecins généralistes pour réaliser cette ETP (26) :

-Médecin généraliste prescripteur de l'éducation thérapeutique, déléguant cette activité à d'autres professionnels.

-Médecin généraliste réalisant le bilan éducatif puis orientant vers les activités éducatives, coordonnant les différents intervenants et réalisant les évaluations.

-Médecin généraliste aménageant des consultations dédiées à l'éducation thérapeutique.

-Médecin généraliste animant des séances collectives d'éducation thérapeutique en lien avec d'autres intervenants.

-Médecin généraliste n'opérant pas de distinction formelle entre ses activités de soins et d'éducation.

Un article de la revue Médecine de mai 2009 (27) retrouve que l'ETP intégrée aux soins courants est la solution idéale dans l'esprit d'une médecine globale et d'une prise en charge continue du patient sur le long terme. Cet article met en avant l'expérience de JP Assal (28) qui propose une mise en œuvre progressive de l'ETP au cours de consultations médicales successives : médecins et patients choisissent les thèmes de la consultation suivante, ces derniers doivent s'y préparer. Cette approche n'allonge pas notablement la durée de la consultation et selon l'auteur la quasi-totalité des patients l'acceptent. Cependant cette approche nécessite une formation de qualité prévue à cet effet.

3. Une pratique de l'ETP en partenariat avec différents intervenants.

Notre étude, comme d'autres (17,20,22), retrouve une pratique multidisciplinaire de l'ETP en partenariat avec les spécialistes non généralistes, les hôpitaux, les paramédicaux ou les réseaux. Les médecins interrogés ici évoquent des limites à ces partenariats : les spécialistes non généralistes ne peuvent que renforcer les acquis du patient et n'ont pas le temps ni les moyens de réaliser réellement l'ETP ; la prise en charge par les réseaux de santé, même si elle satisfait les médecins, est peu initiée par ceux-ci au vue des contraintes. Ainsi, le milieu hospitalier reste pour eux la structure privilégiée pour la réalisation de cette ETP.

Une autre étude montre que les médecins adhérents aux réseaux adressent leurs patients plus souvent aux réseaux et moins souvent à l'hôpital pour l'éducation thérapeutique (22). Or, dans notre étude peu de médecins interrogés sont adhérents aux réseaux ce qui peut expliquer cette orientation privilégiée à l'hôpital.

4. Une structuration de l'ETP peu formelle.

Le guide méthodologique de l'HAS publié en 2007 (9) propose une réalisation d'ETP en 4 étapes. Cependant, cette structuration est plus adaptée à la réalisation d'ETP collective et moins à une approche éducative individuelle continue intégrée aux soins.

Notre étude précise que la pratique de l'ETP par les médecins est rarement structurée. Cependant, ils évoquent de façon plus ou moins explicite la réalisation de certaines de ces étapes du guide méthodologique.

a) Un diagnostic éducatif qui semble incomplet.

Cette première étape qui permet de faire ressortir les composantes pédagogiques, psycho-sociales et biomédicales n'a jamais été décrite comme telle chez les médecins interrogés. Seule la composante biomédicale semble intégrée. Néanmoins, le médecin étant avant tout le médecin de famille suivant ses patients

sur le long terme, il semble implicite qu'il prenne en compte l'aspect psycho-social de ses patients.

b) Une formulation de compétences et une mise en œuvre du programme d'ETP groupée.

Dans notre étude les médecins interrogés ne différencient pas l'étape de formulation des objectifs et celle de réalisation des séances éducatives. En effet, ils réalisent directement cette éducation au cours de leurs consultations en fixant eux même les objectifs à atteindre sans notion de partenariat. Néanmoins les séances éducatives étaient décrites de manière plus complète que ce qui est habituellement décrit. En effet, de nombreuses études indiquent que les médecins réalisent essentiellement de l'information et du conseil (17,21,24) ce qui n'est pas suffisant car cela ne tient pas compte des représentations du patient (25,27). Or, notre étude, retrouve en plus de cette information une modification de la communication du médecin pour favoriser l'adhésion du patient et pour lui permettre d'acquérir de nouvelles compétences. Ainsi une composante psycho-sociale est donc implicitement retrouvée au sein de leur pratique mais peut être inadaptée et pas assez poussée en raison de l'absence de formation en ce sens.

c) Une évaluation des connaissances incomplète.

Une étude de 2010 retrouve que seuls 57.5% des médecins interrogés réalisent une évaluation des bénéfices pour le patient (15). Notre étude révèle quant à elle une proportion différente, en effet elle précise que la quasi-totalité des médecins interrogés réalisent une évaluation des connaissances de leurs patients, néanmoins il semble nécessaire de nuancer ces résultats :

Comme dit dans d'autres études (29) cette évaluation est essentiellement biomédicale (mesure des paramètres cliniques et biologiques) et pédagogique (évaluation des connaissances), mais cette approche pédagogique est rarement

totallement développée par les médecins, elle se limite souvent à de simples questions ou ressentis.

Cette évaluation entraîne souvent une certaine lassitude du médecin quand il ne voit pas de résultat à la réalisation de cette éducation. D'ailleurs, certaines des déclarations des médecins nous font comprendre que cela favorise une diminution de leurs pratiques éducatives plutôt qu'une modification de leur manière de faire.

5. Une variabilité des pratiques en ETP.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer une variabilité dans les pratiques de l'ETP chez les différents médecins généralistes. D'abord une variabilité liée à la pathologie, cela a déjà été retrouvé dans d'autres études (30) et se retrouve également ici, en effet les médecins auraient tendance à ne réaliser cette éducation que pour certaines pathologies.

Ensuite, il ne faut pas oublier qu'en médecine générale, cette approche éducative est liée à la vision qu'a le soignant du malade et de la maladie. Elle est issue de ses représentations qui sont basées sur sa propre expérience et sur sa pratique, elle est donc très variable (21).

Il est aussi retrouvé une variabilité liée à l'état d'esprit du médecin de façon générale et aussi au moment où il réalise sa consultation. Cette démarche éducative apparaît, alors ici, comme une démarche facultative qui pourrait être mise ou retirée de la consultation suivant l'envie ou les besoins du médecin. Elle n'appartiendrait donc pas réellement à la démarche de soins.

6. Une utilisation de supports éducatifs.

Même si, un des médecins interviewés déclare réaliser uniquement de l'information par oral, les supports éducatifs restent privilégiés pour aider à la réalisation de l'ETP. Mais il est difficile de savoir si ces supports sont réellement intégrés à la démarche éducative ou s'ils n'ont qu'un but informatif pour le patient.

CONCLUSION

La consultation de médecine générale est un moment privilégié pour réaliser l'éducation thérapeutique des patients porteurs de maladies chroniques. En effet, la relation avec le malade ainsi que le suivi régulier sur le long cours sont propices à la réalisation de cette ETP.

Les médecins généralistes de notre étude s'estiment à une place privilégiée pour la réalisation de l'éducation thérapeutique. Malgré leur manque de connaissance des textes officiels l'encadrant, ils la conçoivent et la pratiquent dans ses grandes lignes. En effet, ils y voient plus qu'une simple information et l'envisagent comme un moyen de rendre le patient plus autonome par l'acquisition de nouvelles compétences. Ils la réalisent d'ailleurs dans le but d'améliorer le suivi des traitements et la qualité de vie de leurs patients. La composante psycho-sociale, même si elle n'est pas spontanément évoquée, semble être prise en considération et les amène à modifier leur discours afin d'avoir une posture plus éducative avec leurs patients.

Il apparaît néanmoins essentiel qu'une formation en ETP soit réalisée par l'ensemble des médecins généralistes, car contrairement à ce qu'ils pensent l'ETP n'est pas basée sur leurs aptitudes personnelles, elle nécessite de renforcer leurs compétences en communication, en psychologie et en pédagogie pour améliorer les échanges avec leurs patients.

Or, cette formation à grande échelle ne pourra être possible que s'il existe une forte implication des pouvoirs publics permettant de sensibiliser patients et médecins sur les enjeux de l'ETP et ainsi accroître leur intérêt pour cette démarche.

Cette formation permettrait aussi de favoriser la coordination entre les praticiens et d'autres intervenants comme les réseaux de santé qui restent peu utilisés.

La pratique en ETP des médecins généralistes étant très variable et très peu formelle, il serait aussi intéressant de disposer d'un guide méthodologique adapté à la pratique ambulatoire afin de l'uniformiser et de la simplifier.

La réalisation d'une ETP de qualité passe donc par l'implication à la fois des professionnels de santé, des réseaux et des pouvoirs publics, permettant ainsi l'amélioration de la qualité de vie des patients. Il est donc indispensable d'encourager son développement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Collignon Jean Luc. Les différentes facettes de l'éducation du patient. 2002;21(1):10–3.
2. Deccache A. Education pour la santé, éducation du patient. Quelques concepts et leur signification en médecine générale. 1997;53–62.
3. Sandrin-berthon B. L'éducation du patient au secours de la médecine.
4. OMS. Education Thérapeutique du Patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. OMS; 1998.
5. L'éducation pour la santé: un enjeu de santé publique. Ministère de la santé; 2001.
6. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
7. Saout C, Charbonnel B, Bertrand D. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative; 2008 Sep.
8. Fournier C. L'éducation du patient. Laennec. 2002 Jun 1;Tome 50(1):15–24.
9. HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. HAS; 2007.
10. Simon D, Traynard P-Y, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A. Education thérapeutique: Prévention et maladies chroniques. Elsevier Health Sciences; 2013. 400 p.
11. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août, 2004.
12. Hecquard P. L'éducation thérapeutique. Conseil national de l'ordre des médecins; 2009 avril p. 13.
13. Education thérapeutique du patient. Santé publique, 2009-879 juillet, 2009 p. L1161–1 à L1161–6.
14. HAS, Midy F, Rumeau-Pichon C. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques Analyse critique de la littérature Etudes d'évaluation économique ou avec des données de recours aux soins.
15. URML Midi-Pyrénées. Pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes en Midi Pyrénées. 2010.
16. ENTRED, Assurance maladie, Ministère de la santé et des sports, RSI, INVS, HAS, et al. Résultat de l'étude ENTRED 2007. 2009.

17. Fournier C, Attali C. Éducation (thérapeutique) du patient en médecine générale. *Médecine*. 2012 Mar 1;8(3):123–8.
18. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002.
19. ARS. Schéma Régional de l'Offre de Soins; Annexe éducation thérapeutique du patient. 2011.
20. Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille, France, Union régionale des médecins libéraux de PACA, Marseille, France, INSERM, U912 (SE4S), Marseille, France, Université Aix-Marseille, IRD, UMR-S912, Marseille, France. Education thérapeutique du patient et Hospitalisation à domicile | Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) / Médecins Libéraux de PACA. 2011 Feb 17;
21. Foucaud J, Koleck M, Versel M, Laügt O, Jeannel A, Taytard A. L'éducation thérapeutique de l'asthmatique : le discours du médecin généraliste. *Rev Mal Respir*. 2003;20(1):51–9.
22. Bourit O, Drahi E. Éducation thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. *Médecine*. 3(5):229–34.
23. Foucaud J. Compétence et éducation thérapeutique du patient. *Soins Cadres*. 2010 fevrier;(73):27–9.
24. Fournier C, Buttet P, le Lay E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. *Baromètre Santé Médecins Généralistes 2009*. :45–83.
25. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. Education thérapeutique du patient. *Médecine*. 2012 Jan;24–30.
26. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours [Internet]. [cited 2013 Oct 25]. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782110081964/>
27. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. Éducation thérapeutique du patient - Le médecin est-il aussi un « éducateur » ? *Médecine*. 2009 May 1;5(5):218–24.
28. Assal JP. Et si une certaine pédagogie conduisait à une médecine plus globale ? *Rev Médicale Suisse*. 2002 Feb 10;(n°2407):11.
29. Duffau N. L'éducation thérapeutique en consultation de médecine générale: analyse des pratiques de 12 médecins généralistes impliqués en éducation thérapeutique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2011.
30. Turban F. Education thérapeutique du patient en médecine générale: représentations, pratiques et attentes des praticiens de la Somme [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2008.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien.

1) Question brise-glace: vous allez commencer par vous présenter, nous expliquer votre type de pratique, si vous faites des consultations libres ou sur rendez vous, depuis quand êtes vous installés, la durée de vos consultations...

2) Quelles difficultés rencontrez-vous lors de la prise en charge des patients porteurs de pathologies chroniques, hormis les traitements ?

- *Avez-vous du mal à vous faire comprendre ?*

- *Avez-vous le temps ?*

3) Comment définiriez-vous l'éducation thérapeutique du patient ?

- *Uniquement pour les pathologies chroniques ?*

4) Comment réalisez-vous l'éducation thérapeutique du patient au cabinet ?

- *Réalisez-vous des consultations uniquement dédiées à cela ?*

- *Travaillez-vous en relation avec les réseaux ?*

5) Quels obstacles rencontrez-vous dans la réalisation de l'éducation thérapeutique du patient dans votre pratique courante ?

- *Avez-vous le temps ?*

- *Ressentez-vous des obstacles de la part des patients ?*

- *Est-ce dans leurs attentes ?*

6) Selon vous à quels patients doit s'adresser l'éducation thérapeutique du patient ?

- *Pour tous les niveaux sociaux ? Intellectuels ?*

- *Plutôt pour les pathologies aiguës ou les chroniques ?*

7) Quels sont les facteurs favorisant l'éducation thérapeutique du patient au cabinet ?

- *Utilisez-vous des supports particuliers ?*

- *Le temps favorise-t-il cette éducation ?*

8) Quel impact a l'éducation thérapeutique du patient sur la relation avec vos patients ?

9) Que pourrait améliorer la réalisation de l'éducation thérapeutique du patient ?

- *Y a-t-il un impact sur l'observance ?*

- *Du bien-être ?*

10) Que pensez-vous des formations pour les médecins généralistes sur l'éducation thérapeutique du patient ?

- *En avez-vous déjà réalisé une ?*

- *En souhaiteriez-vous ?*

11) Qu'attendez-vous des structures ou des spécialistes pour l'éducation de vos patients porteurs de pathologies chroniques ?

- *Travaillez-vous en collaboration ?*

12) Comment voyez-vous les consultations entièrement dédiées à l'éducation thérapeutique du patient chez vos patients chroniques ? Et à quel rythme ?

13) Savez-vous que des textes juridiques encadrent l'éducation thérapeutique du patient ? Qu'en pensez-vous ?

- *Connaissez-vous la loi HPST ?*

AUTEUR : Nom : DILIGENT

Prénom : Thomas

Date de Soutenance : 12 Février 2015

Titre de la Thèse : État des connaissances et pratiques en éducation thérapeutique du patient chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Education thérapeutique du patient, Médecine générale, Connaissance, Pratique.

Résumé :

Contexte : Aujourd'hui l'éducation a une place centrale dans la pratique de la médecine générale. La manière dont elle est pratiquée est liée à la représentation que s'en font les médecins généralistes. Il existe des textes législatifs ainsi que des recommandations officielles qui encadrent cette éducation thérapeutique. Mais dans leur exercice quotidien, qu'en retiennent les médecins généralistes, comment la pratiquent-ils ?

Méthode : Nous avons réalisé une enquête qualitative à partir d'entretiens individuels et d'un focus groupe permettant d'interroger 10 médecins généralistes installés dans la région Nord-Pas-de-Calais. Une analyse thématique des données issues de ces entretiens a permis de faire ressortir leurs connaissances et leurs pratiques en éducation thérapeutique au sein des consultations.

Résultat : Les médecins généralistes de notre étude se sentent à une place privilégiée pour la réalisation de l'éducation thérapeutique. Malgré leur manque de connaissance des textes officiels l'encadrant, ils la conçoivent et la pratiquent dans ses grandes lignes. La composante psycho-sociale, même si elle n'est pas spontanément évoquée, semble être prise en considération. Néanmoins contrairement à ce que semblent penser les médecins, l'ETP n'est pas basée uniquement sur leurs aptitudes personnelles, elle nécessite de renforcer leurs compétences en communication, en psychologie et en pédagogie pour améliorer les échanges avec leurs patients.

Conclusion : Il apparaît donc essentiel qu'une formation en ETP soit réalisée par l'ensemble des médecins généralistes. Or cette formation à grande échelle ne pourra être possible que s'il existe une forte implication des pouvoirs publics permettant de sensibiliser patients et médecins sur les enjeux de l'ETP. Elle permettrait aussi de favoriser la coordination entre les praticiens et d'autres intervenants comme les réseaux de santé. Il serait aussi intéressant de disposer d'un guide méthodologique en ETP adapté à la pratique ambulatoire afin de l'uniformiser et de la simplifier. La réalisation d'une ETP de qualité passe donc par l'implication à la fois des professionnels de santé, des réseaux et des pouvoirs publics, permettant ainsi l'amélioration de la qualité de vie des patients.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Assesseurs : Madame le Professeur Monique ROMON

Madame le Docteur Nathalie ASSEZ

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Denis DELEPLANQUE