

Une pratique d'éducation thérapeutique du patient intégrée aux soins...

Eric DRAHI

**Médecin de Famille, formateur à l'UNAFORMEC, coordinateur médical du
réseau DIABOLO**

Je suis médecin généraliste, installé depuis 1981 en groupe, de 2 médecins au départ, nous sommes maintenant 5, dont un collaborateur libéral. Je suis formateur à l'UNAFORMEC, trésorier de la Société française de Documentation et de Recherche en Médecine générale, maître de stage et enseignant en médecine générale, et co-fondateur du Réseau DIABète Orléans Loiret (DIABOLO). Ce réseau est un réseau de santé, dont la principale activité est l'éducation thérapeutique des patients diabétiques.

Ma formation initiale en promotion de la santé a été le FORCOMES, co-organisé il y a une dizaine d'années par le CFES et l'UNAFORMEC.

Lorsqu'il s'est agi de travailler sur la mise en place du réseau DIABOLO, nous avons réalisé une enquête auprès des médecins généralistes de l'agglomération d'Orléans. Parmi les attentes, aucune ne concernait l'éducation thérapeutique. Nous avons cependant mis en place une commission « Education et Prévention ».

Mon activité en éducation thérapeutique se décline en deux parties :

- l'organisation au sein du réseau
- la pratique en consultations de médecine générale.

Au sein du réseau

Nous avons monté depuis 2001 des activités « classiques » :

- diagnostic éducatif
- ateliers diététiques
- ateliers de reprise de l'activité physique
- groupes de parole.
- Journée « initiatique » multi-ateliers animée par plusieurs professionnels pour des groupes de 8 nouveaux patients, décomposée ainsi :
 - o médecin généraliste : qu'est-ce que le diabète et pourquoi faut-il le « suivre »

- infirmière : utiliser un lecteur de glycémie pour identifier les situations hyper ou hypoglycémiantes
 - podologue : prendre soin de ses pieds
 - diététicienne : le repas de midi est pris en commun. Chaque patient a été invité à apporter son panier repas. Les patients, par paire, commentent le contenu de leur partenaire. La diététicienne apporte des compléments si besoin
 - étudiant en STAPS : marche avec mesure des glycémies avant/après
 - débriefing avec l'infirmière et le médecin : qu'avez-vous retenu de cette journée, qu'allez-vous mettre en application ?
 - Ces ateliers sont très interactifs, et utilisent la dynamique de groupe.
- Cycle éducatif en arabe par des professionnels de santé arabophones, destinés à des femmes maghrébines, se déroulant dans des quartiers.
 - Implication des patients dans le CA et le bureau de l'association qui gère le réseau.

L'ETP au sein du réseau est réalisée par des professionnels formés (formation d'au moins 2 jours ou DU d'ETP).

Notre réseau a été l'objet de 3 évaluations externes, qui ont montré l'efficacité de l'ETP (diminution de 10% de l'HbA1c en valeur relative ; les patients qui en bénéficient le plus sont ceux qui ont des HbA1c > 8%), meilleure qualité de vie, économie de 600 € par an et par patient).

L'autre volet de ma pratique d'ETP concerne mon métier de généraliste.

Ma pratique d'ETP en individuel en médecine générale

J'ai eu la chance, pendant ma formation initiale, de participer à un groupe Balint d'étudiants dès la 4^e année. L'apprentissage de la relation simultanément à la séméiologie a sans doute profondément marqué ma pratique.

Avec le temps, j'ai essayé d'intégrer l'ETP à ma pratique. Il me semble que l'ETP n'est qu'un paradigme : il s'agit de formaliser, ce qui permet au patient de devenir plus autonome. Cette autonomie passe sans aucun doute par l'acquisition de compétences d'auto-soin et d'adaptation à sa maladie, mais aussi avant tout par la construction d'un type de relation plus égalitaire avec ses soignants. Si la posture de l'éducateur doit avant tout être celle d'un facilitateur, cette attitude ne s'arrête pas à la fin des séquences éducatives, mais doit être un état d'esprit et un mode de fonctionnement permanent des soignants.

Cela déteint sans doute dans le type de relation médecin-patient au quotidien, différent de l'attitude paternaliste fréquemment rencontrée en médecine.

Une éducation thérapeutique séquentielle, initiale et continue :

- je ne consulte que sur rendez-vous, comme tous les médecins du cabinet.
- mes rendez-vous sont pris toutes les 20 minutes.
- Dans certaines circonstances (première consultation de sevrage tabagique, diagnostic éducatif, ...), la durée de la consultation est programmée pour 40 minutes.
- Pour un patient souffrant d'une maladie chronique, l'une des premières consultations est consacrée à un diagnostic éducatif. Le patient n'est pas examiné au cours de cette consultation. A la fin de cette consultation, un acte éducatif est programmé :
 - o Par exemple, pour un patient diabétique, remise d'une fiche d'enquête alimentaire sur une semaine ;
 - o La consultation suivante est consacrée à l'analyse avec le patient de ses comportements alimentaires, et l'identification d'action(s) d'amélioration(s). Ce travail sur l'enquête alimentaire dure 10 minutes environ. Au moins un objectif est construit avec le patient. Il est convenu qu'il sera évalué au cours de la consultation suivante. Cette consultation peut comporter une partie biomédicale ;
 - o La consultation suivante comporte en général l'évaluation des modifications alimentaires, et la prescription d'un lecteur de glycémie. Je réalise la mise en route de l'appareil avec le patient, qui le manipule. L'objectif de l'auto-mesure glycémique qui lui est présentée est d'identifier les situations hyper ou hypoglycémiantes, et les hypoglycémies en cas de prescription d'insuline ou d'insulinosécréteur. L'analyse avec le patient des découvertes faites et des situations favorables ou défavorables est l'objet de 10 minutes environ.
- Ce type d'éducation thérapeutique séquentielle, qui associe une consultation de diagnostic éducatif, des consultations comprenant un temps biomédical et un temps éducatif - chaque consultation comporte un mini-temps de diagnostic éducatif, une action éducative programmée dans l'immédiat, et une évaluation au cours de la consultation suivante -, répond bien aux quatre étapes de l'ETP telle qu'elles ont été définies par le guide HAS-INPES. Cette méthode séquentielle a l'intérêt de la souplesse : les objectifs sont adaptés au patient en temps réel, elle permet une ETP en continu. Il est possible de travailler le soutien psycho-social, notamment avec son entourage. Il n'est pas rare que les patients consultent en couple, et le travail sur l'acceptation de la maladie se fait bien avec les deux protagonistes.
- Cette méthode est adaptée à des pathologies comme le diabète, l'asthme, l'HTA, l'insuffisance cardiaque, les maladies rhumatismales inflammatoires, la prise d'AVK, qui représentent les principaux motifs de recours aux soins pour les maladies chroniques.

Une coopération avec le réseau :

Tous les patients n'ont pas besoin d'une ETP « lourde » : au début de la maladie notamment, les patients ont besoin d'une mise en confiance avec leur pathologie, et la place du médecin traitant est ici primordiale. Après 3 à 5 séances initiales, il peut être nécessaire d'aller plus loin, de bénéficier de groupes de parole, ou d'ateliers diététiques. C'est alors le rôle du réseau, et les patients sont en mesure de percevoir les apports de la structure éducative.

Ce qui manque actuellement est un retour d'information du réseau sur les contenus éducatifs des séances auxquelles le patient a participé et les objectifs qu'il s'est fixés. Le choix du réseau a été de faire transiter cette information par le patient, pour faciliter son autonomie et sa liberté de décision.

Des mesures incitatives nécessaires :

Il n'y a actuellement pas de rémunération spécifique pour l'ETP ambulatoire en face à face. Pourtant, une consultation longue initiale est nécessaire, et les consultations éducatives sont allongées d'une dizaine de minutes. Il est vrai que réaliser une ETP séquentielle permet de l'intégrer dans les consultations elles-mêmes. Mais ces consultations sont plus longues.

Une rémunération forfaitaire par patient, pour un objectif d'un DE, suivi de 3 à 4 consultations donnant lieu à autant d'objectifs pourrait être proposée. Une ETP en continu pourrait donner lieu au versement d'une indemnité annuelle qui s'ajouterait à celle d'ALD.

Les critères d'éligibilité seraient une formation initiale d'au moins 2 jours (avec ou sans un stage d'une demi-journée chez un confrère formé ou dans un lieu d'ETP en groupe) et la consignation des objectifs et de leur atteinte dans le dossier médical.

Une autre piste pourrait être celle d'ETP en groupe dans les cabinets médicaux, réalisés soit par les médecins du cabinet, soit par d'autres professionnels (ASAVED). L'inconvénient (qui est également un avantage) est de sortir du « droit commun » pour mettre en place des pratiques éducatives de groupe dans les cabinets de soins primaires.

Cette ETP de proximité intégrée aux soins est indispensable :

- il n'y aura pas avant longtemps, et sans doute jamais, suffisamment de structures pour une ETP en groupe de tous les malades chroniques ;
- Tous les patients n'ont pas besoin d'une ETP de groupe, ou longue, mais tous ont besoin de développer leurs compétences à prendre en charge leur maladie ;
- Si l'ETP est une attitude, cette attitude, et les méthodes de communication enseignées, sont de nature à modifier considérablement la relation médecin patient, l'aptitude des patients à gérer leurs maladies aiguës et chroniques, voire tout simplement l'observance ;
- C'est la seule façon de réaliser une ETP individualisée et continue ;
- Cette ETP doit-elle être réalisée par le médecin lui-même ? L'expérience Asalé a montré la faisabilité de l'ETP réalisée par des infirmières dans le cabinet médical.

Cette activité a le mérite de décharger le médecin de ces tâches, pour qu'il se consacre à ce qu'il sait faire le mieux. A court et moyen termes, cette solution a le mérite de la simplicité. La question est celle de la possible « atomisation » de la personne. Mais peut-être cette méthode a-t-elle l'avantage d'un abord pragmatique.

Une formation initiale indispensable :

Il est scandaleux que la formation initiale ne prépare pas les professionnels de santé à l'ETP. Les enseignants ne sont pas eux-mêmes formés. L'ETP devrait être enseignée par elle-même, mais surtout la relation médecin-patient, la relation négociée, les techniques d'entretien comme l'entretien motivationnel devraient faire partie du cursus obligatoire. Aujourd'hui, seulement une partie des médecins bénéficient de cette formation. Demain, si tous les professionnels de santé sont formés à « l'ETP-attitude », il est vraisemblable que le fonctionnement de notre système de santé sera profondément modifié.

Une conclusion provisoire : l'ETP individuelle est peu décrite, pratiquement pas évaluée et pas enseignée. Pratiquement seule l'équipe d'ASSAL a mis l'emphase sur ces méthodes. Une récente revue de la littérature de la Cochrane (Duke SAS, Colagiuri S, Colagiuri R. *Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus*. 2009) n'a retrouvé que 9 études à la méthodologie correcte évaluant l'ETP individuelle des patients diabétiques de type 2 (6 vs soins curatifs, 3 vs ETP en groupes). Le champ de l'évaluation est complètement ouvert. Des études françaises sont en cours à ce sujet.