

Concepts

Ce texte résume les éléments présentés dans une *keynote* au 5^e Congrès de médecine générale de Nice, le 25 juin 2011, en introduction de la session « Réaliser l'éducation thérapeutique du patient en médecine générale » co-organisée par Éric Drahi et Yves le Noc (SFDRMG) et Isabelle Cibois-Honorat (MG-Form). Il s'agissait dans un premier temps de décrire à partir de données quantitatives et qualitatives récentes les pratiques et souhaits des médecins généralistes en matière d'éducation thérapeutique patient (ETP), ainsi que les attentes des patients. Le second objectif était de présenter les recommandations du Haut conseil de la santé publique (HCSP) pour développer une ETP intégrée aux soins de premier recours, afin d'ouvrir la discussion sur la compatibilité de ces recommandations avec les fonctions de la médecine générale et avec les tâches que les médecins généralistes doivent effectuer pour remplir le rôle que la société attend d'eux.

Abstract: (Therapeutic) Education of the patient in general practice

The modalities of implementation of the TEP in the HPST law still need to be clarified on the basis of HCSP recommendations.

The development of integrated TEP in primary care currently faces several obstacles including the lack of time, the lack of professional support groups or multidisciplinary works, inadequate medical training and continuing education, or a misunderstanding by patients.

However, this development is favored by positive elements such as the interest shown by physicians and other health professionals, the patients' satisfaction and the support from some health authorities who encourage research.

Working on the conditions of development for these practices should ensure their quality and accessibility for patients throughout the territory.

Key words: Patient Education; General Practice

Cécile Fournier

Médecin, chargée de recherche, Inpes, Saint-Denis

Claude Attali

Professeur de médecine générale, Département de médecine générale de Créteil, CNGE

Mots clés :

éducation du patient, médecine générale

Éducation (thérapeutique) du patient en médecine générale

Contexte et définitions

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une démarche inscrite dans la prévention, si l'on considère que « la prévention clinique comprend toute interaction individuelle entre un clinicien et un patient visant à favoriser la santé et prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux » (MSSS Québec¹, 2007). Dans cette définition, c'est donc l'association de ces objectifs qui détermine la prévention clinique.

L'ETP a été reconnue pour la 1^{re} fois dans la Loi Hôpital patients santé territoriales (HPST) en 2009 :

« Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, concourent à l'offre de soins de premier

recours, en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées, avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux [...]. Ces soins comprennent :

1^o La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

2^o La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux [...];

3^o L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

4^o L'éducation pour la santé. » (Article L1411-11 du Code de la santé publique) [1].

« À côté des programmes – qui évoquent un processus limité dans le temps, dont le contenu et le déroulement sont précisés à l'avance – il existe une éducation thérapeutique intégrée à la pratique des professionnels de premier recours, en particulier à celle du médecin traitant » [2].

1. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.

Contrairement aux programmes structurés d'ETP, dont l'encadrement est confié par décret aux Agences régionales de santé, les modalités de mise en œuvre de l'ETP intégrée aux soins de premier recours restent à préciser à partir des recommandations du HCSP.

Les objectifs de l'ETP se situent à plusieurs niveaux, présentés ici comme des objectifs intermédiaires successifs vers un but final :

- « aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences [psychosociales et techniques] dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique... » [3, 4].
- « aider les patients à prendre soin d'eux-mêmes » [2].
- « dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie » [3, 4].

Pour le HCSP, une ETP intégrée aux soins présente les caractéristiques suivantes :

- « permanente, présente tout au long de la chaîne de soins² ;
- ancrée dans la relation soignant/soigné, et faisant partie intégrante des activités de tout soignant en étant adaptée au contexte de chaque soin ;
- fondée sur l'écoute du patient et sur l'adoption par le soignant d'une posture éducative ;
- centrée sur le patient et non sur des contenus d'apprentissage ;
- s'appuyant sur une évaluation partagée de la situation, entre patient et soignants, et sur des décisions concertées ;
- construite à partir d'une approche globale de la personne, qui prend en compte les besoins, attentes et possibilités du patient et de son environnement, dans leurs dimensions physiques, psychologiques, culturelles et sociales » [2].

Cette démarche relève des fonctions fondamentales de la médecine générale définies par la WONCA en 2002 [5]. Elle nécessite que les médecins généralistes développent des compétences transversales et spécifiques (figure 1) leur permettant de réaliser les tâches et donc de jouer les rôles que la société attend d'eux [1].

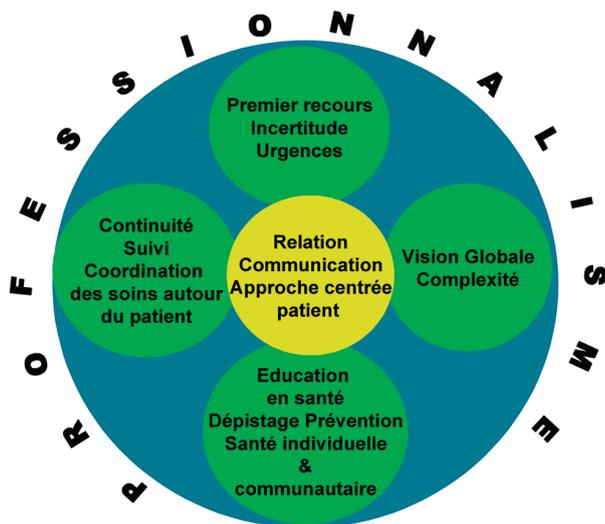


Figure 1. Les compétences génériques du médecin généraliste [6].

2. Mots soulignés par les auteurs.

Perceptions et pratiques des médecins généralistes

D'après les données du Baromètre santé médecins généralistes 2009, les médecins estiment avoir un rôle important à jouer en prévention

Plus de 97 % d'entre eux déclarent que la prévention dans les domaines du risque cardiovasculaire, du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'activité physique, et de l'alimentation fait « tout à fait » ou « plutôt » partie de leur rôle [7]. Ils sont 90 % à le penser pour la consommation de cannabis et 80 % pour la vie affective et sexuelle (voir figure 6, page 57, du Baromètre santé INPES³ 2011 in [8]).

Ils revendiquent un rôle dans l'éducation des patients diabétiques

Au-delà du rôle variable qu'ils déclarent avoir à jouer avec les différents patients (69 %), deux tiers (66 %) des médecins généralistes souhaitent coordonner la démarche éducative. La moitié des médecins environ revendique un rôle plus proche d'un « accompagnement », dont la définition serait fluctuante : suivi des acquis des patients (54 %), repérage des besoins (46 %), soutien psychosocial (47 %) ; tandis que 41 % des médecins se voient jouer un rôle d'orientation vers des activités éducatives. Un médecin sur cinq (20 %) estime avoir à mettre en œuvre des activités éducatives (Entred 2007⁴ [9]).

Mais ces pratiques éducatives sont plus fréquemment assimilées à de l'information ou du conseil qu'à une réelle ETP intégrée aux soins selon la définition du HCSP

La grande majorité des médecins généralistes (96 %) déclare informer et conseiller « systématiquement » ou « souvent » les personnes atteintes de maladies chroniques, 45 % orientent « systématiquement » ou « souvent » les patients vers des activités éducatives, 34 % déclarent mettre en œuvre « systématiquement » ou « souvent » des activités éducatives (voir figure 4, page 52 in [8]).

Dans le cas du diabète, 28 % déclarent donner des rendez-vous pour un temps d'éducation thérapeutique qu'ils assurent eux-mêmes : 5 % le font pour la majorité de leurs patients diabétiques et 23 % pour certains patients seulement. Ils sont 87 % à déclarer qu'ils adressent certains patients diabétiques vers une éducation thérapeutique, le plus souvent à l'hôpital (55 %) ou chez des spécialistes libéraux (43 %) (voir graphique slide 58 du diaporama Entred cité en note 4). C'est une proportion comparable de médecins (83 %) qui déclarent connaître l'offre en ETP pour le diabète dans leur bassin de vie : 60 % la connaissent bien et 23 % partiellement (Entred 2007⁵ [9]).

3. Enquête téléphonique auprès d'un échantillon représentatif de 2 083 médecins généralistes en 2009. Ouvrage disponible en ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf.

4. Réponses de 1 702 médecins généralistes interrogés en 2007 dans l'étude Entred sur la prise en charge des personnes diabétiques. Résultats sur <http://www.inpes.sante.fr/etudes/entred.asp>.

Il existe des freins à la pratique de l'éducation et de l'accompagnement des patients, mais aussi des facteurs favorisant

Les principales difficultés perçues par les médecins généralistes lors du suivi des personnes diabétiques sont l'adhésion des patients aux recommandations diététiques (64 % des médecins) et aux recommandations d'activité physique (63 %). Elles renvoient donc à une problématique d'éducation thérapeutique, en particulier de modification de comportements et d'accompagnement des patients dans la durée (voir *graphique 1* in [9]).

Or les médecins déclarent se heurter à certains freins lorsqu'ils souhaitent mettre en place une démarche éducative : manque de temps (76 %), manque de professionnels et de structures relais (39 %), absence de besoin ressenti par les patients (33 %) et barrière culturelle et linguistique (26 %), à égalité avec le manque de formation à cette compétence (*figure 1*) (26 %).

En ce qui concerne les freins plus particuliers à une démarche éducative « intégrée aux soins », on retrouve le manque de temps et de formation, mais les médecins auditionnés évoquent aussi des référentiels ou recommandations mal adaptés aux soins de premier recours, des difficultés de coordination et des modalités de rémunération inadéquates [2]. Cependant un certain nombre de facteurs favorisent déjà aujourd'hui l'espoir du développement d'une ETP intégrée aux soins : l'intérêt croissant des professionnels pour cette démarche, les moyens alloués au travail en équipe ou en réseau⁵, l'existence de formations ancrées dans la pratique pluriprofessionnelle, les attentes des patients, ainsi que les textes officiels et les obligations déontologiques et réglementaires (HCSP). Au-delà du sentiment qu'ont certains médecins d'être dans une position adaptée pour mettre en œuvre l'ETP [10], ils perçoivent des bénéfices à la pratique de l'ETP. Celle-ci est vue comme un moyen au service d'objectifs cliniques (« pour une optimisation et une efficacité du traitement » et pour diminuer les complications), un moyen pour renforcer la relation de confiance médecin-patient, pour renforcer l'autonomie des patients et pour améliorer leur qualité de vie et leur vécu psychologique [2, 10]. Les médecins y voient également des éléments positifs pour eux-mêmes : une certaine satisfaction morale, une meilleure organisation du travail, un renforcement de l'estime de soi et un rôle valorisé [10]. C'est ainsi que des transformations identitaires des soignants remettant profondément en question le rapport soignant-soigné ont été favorisées par un programme de formation continue en ETP. L'évaluation de ce programme montre que les soignants ont évolué dans leur perception du rôle du patient dans son traitement : de profane, celui-ci devient partenaire de soin. Les soignants témoignent également d'une évolution importante de leur perception de leur rôle, la relation thérapeutique devenant considérée comme un soin à part entière. Les auteurs soulignent l'importance pour les formateurs de se préoccuper non seulement des connaissances qu'ils transmettent mais

aussi d'accompagner ces transformations identitaires des soignants [11].

Les trois-quarts des médecins généralistes ont l'impression que l'éducation qu'ils proposent à leurs patients améliore leur santé et leur qualité de vie

Ils se sentent efficaces dans l'éducation des patients atteints d'hypertension (93 % se sentent « très » ou « assez » efficaces), d'asthme (80 %) et de diabète (73 %) [9]. Toutefois une légère baisse de ce sentiment d'efficacité a été constatée entre 2003 et 2009 pour l'asthme et le diabète (voir *figure 8*, page 60 in [8]). Cette diminution vient peut-être d'une meilleure connaissance de la démarche éducative, de sa complexité et de ses limites [12].

Perceptions et pratiques des patients

Les patients ont des attentes fortes vis-à-vis de leur médecin

Prendre soin de soi, et non seulement de la maladie et du traitement, est le résultat de processus multiples et dynamiques de négociations intra- et interpersonnelles, en réponse à différentes tensions rencontrées dans la vie avec une maladie chronique : entre des objectifs de santé physique ou biologique et des objectifs de santé psychique et sociale ; entre des priorités de vie pour soi et pour autrui ; entre différentes images de soi ; entre différents types de besoins (sécurité, auto-détermination, auto-efficacité, cohérence...) [13]. Pour parvenir à prendre soin d'eux-mêmes, les patients peuvent exprimer des besoins vis-à-vis de leur médecin.

Par exemple, en matière d'information, l'enquête Entred révèle que les patients diabétiques de type 2 se sentent en grande majorité (79 %) bien informés sur leur diabète. Cependant 75 % d'entre eux souhaiteraient des informations supplémentaires, notamment sur l'alimentation (45 %), sur les complications de la maladie (35 %) et sur comment bien vivre avec la maladie (29 %). Le médecin est le premier informateur déclaré sur la maladie (84 % des patients), bien avant les médias (16 %), l'entourage (13 %) ou les autres professionnels de santé (13 %). De plus, les attentes sont impossibles à dissocier des soins : lorsqu'on demande aux patients s'ils ont bénéficié d'une démarche éducative en complément des soins, 45 % ne savent pas répondre, ce qui suggère très fortement qu'ils ne se représentent pas cette démarche comme dissociée des soins [9].

Une étude qualitative [14] met en évidence l'ambivalence des attentes des patients diabétiques de type 2. Ceux-ci se déclarent satisfaits de la relation avec leur médecin généraliste, en partie parce qu'il ne leur renvoie pas l'image de maladie. Mais ils se déclarent en même temps insatisfaits de leur prise en charge, évoquant leur regret de ne pas en savoir plus sur la maladie, sur ses mécanismes, sur l'alimentation

5. Les médecins généralistes se disent prêts à déléguer des tâches de prévention et d'éducation à des paramédicaux (74 %), à des spécialistes hospitaliers (57 %) ou à des associations de patients (46 %) (Baromètre santé Inpes 2009).

adaptée à leur situation... De plus, leurs besoins évoluent au fil du temps : ils n'en ont pas vraiment au début de la maladie, puis lorsqu'ils acceptent leur maladie, ils disent qu'ils auraient aimé que leur médecin leur apporte des connaissances sur la maladie, sur son évolution, sa gravité, et qu'il les aide à en prendre conscience, et à ce moment-là ils attendent un accompagnement de long terme pour gérer le traitement et pour mettre en œuvre des changements d'habitudes de vie. Cependant, les patients ont l'impression que leur médecin généraliste manque de temps (ne gérant que le traitement et ne prenant pas le temps de les écouter) et manque de compétences pour répondre à leurs besoins d'accompagnement. Ils ne lui reconnaissent pas un rôle éducatif, mais ils ne connaissent pas les autres offres disponibles comme les réseaux et ils sont généralement peu intéressés si on les leur propose.

Un tiers des patients souhaiteraient bénéficier d'une démarche éducative

Si l'on interroge les personnes diabétiques de type 2 sur leur souhait d'un complément au suivi médical habituel, un peu plus d'un quart (28 %) aimerait bénéficier d'« entretiens individuels approfondis avec un médecin (ou infirmier, diététicien...), consacrés à la gestion du diabète et à son traitement au quotidien » ; 11 % souhaiteraient bénéficier de « séances collectives (cours, conférence, atelier avec plusieurs personnes diabétiques) » et 12 % d'un accompagnement téléphonique (voir *graphique slide 40* du diaporama cité en note 4). Ces souhaits sont plus élevés chez les patients qui ont déjà bénéficié de ce type de complément, ce qui suggère probablement une méconnaissance par les autres de cette possibilité. De plus, les trois quarts des personnes qui en ont bénéficié indiquent que cela a répondu à leurs attentes (73 %) et que cela les aide à mieux vivre avec le diabète (72 %).

Des modèles de prise en charge en transformation

Dans un contexte d'accroissement des maladies chroniques, les modèles de santé et de prise en charge sont en pleine transformation [15]. La société confie aux professionnels de santé, y compris les médecins généralistes [1], un rôle de promotion de la santé de la population et notamment d'éducation des personnes atteintes de maladies chroniques, éducation dont les patients atteints de ces maladies sont par ailleurs plus ou moins demandeurs.

Notre système de santé et l'organisation actuelle des soins ne sont pas facilitants pour les professionnels de santé qui souhaitent développer une telle démarche. C'est pourquoi il existe aujourd'hui une diversité de modes d'organisation de l'ETP en soins ambulatoires, souvent de nature expérimentale. L'ETP peut être intégrée aux pratiques des professionnels de santé libéraux, se dérouler dans des réseaux ou dans des structures réunissant plusieurs professionnels médicaux et/ou paramédicaux, ou encore être inscrite dans des programmes développés par des organismes de santé payeurs [16].

Dans ce contexte, pour favoriser une éducation (thérapeutique) du patient réellement intégrée aux soins de premier recours, le HCSP propose quatre orientations stratégiques

- changer d'échelle et dépasser le stade des expérimentations, pour aller vers un dispositif généralisé et pérenne ;
- inverser la démarche historique de développement de l'ETP, c'est-à-dire partir non plus de l'offre hospitalière en ETP, mais plutôt de l'offre de premier recours, pour aller ensuite vers l'offre des spécialistes (deuxième recours) puis vers l'offre hospitalière (troisième recours) ;
- raisonner par territoire, et dépasser les offres d'ETP par pathologie ;
- élargir la formation des professionnels de santé, en donnant dans les formations une place plus importante aux sciences humaines et sociales, à un travail sur les compétences de relation et d'écoute. Il s'agit, en lien avec les objectifs de l'ETP, de donner aux professionnels la possibilité de développer une posture, leur permettant de mettre en œuvre des démarches de prévention, d'éducation pour la santé et d'ETP. Il ne s'agit donc pas d'enseigner une technique de prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. De ce fait, il apparaît nécessaire de repenser les modalités d'évaluation des compétences des professionnels de santé de premier recours : savoir informer, mais surtout savoir écouter, et savoir aider le patient à faire des choix dans une démarche partenariale, requièrent notamment des mises en situation et un accompagnement dans la durée.

Trois modalités d'implication des médecins dans l'ETP

Le HCSP recommande d'une part de valoriser le rôle du médecin traitant et d'autre part de reconnaître deux autres modalités d'implication des professionnels de santé de proximité dans l'éducation thérapeutique des personnes atteintes de maladies chroniques :

- Le médecin traitant « premier acteur de l'ETP et principal coordonnateur » a pour rôle d'évaluer au moins une fois par an les besoins d'ETP du patient ; d'assurer le lien avec les prestations éducatives disponibles sur son territoire et dans les services hospitaliers ; et de tenir à jour le dossier d'éducation du patient. Pour exercer ces activités, il suit au minimum une formation à l'ETP de 15 heures (initiation), puis un séminaire de formation continue de 2 jours tous les 5 ans. En contrepartie, il reçoit une part fixe du forfait d'éducation thérapeutique de chaque patient concerné, dont le HCSP propose la création pour toute personne atteinte d'une maladie chronique.
- Le médecin « s'impliquant dans un programme structuré en plusieurs consultations » a pour rôle, en lien avec tout autre professionnel de santé de proximité, d'aménager des consultations dédiées à l'éducation thérapeutique (sensibilisation, information, aide à l'acquisition de compétences, soutien psychosocial, évaluation...). En plus de l'initiation à l'ETP de 15 heures, il suit une formation de 15 heures aux consultations d'ETP, suivie d'un séminaire de formation continue de 2 jours tous les 5 ans. Il reçoit une part variable du forfait d'ETP.

– Le médecin « animant des séances collectives d’ETP » a pour rôle, en lien avec tout autre professionnel de santé de proximité, d’animer des séances collectives d’ETP. En plus de l’initiation à l’ETP de 15 heures, il suit une formation de 15 heures aux séances collectives d’ETP, suivie d’un séminaire de formation continue de 2 jours tous les 5 ans. Il reçoit une part variable du forfait d’ETP.

Des chantiers importants restent cependant à explorer

L'évaluation de l'éducation thérapeutique intégrée aux soins

Il est nécessaire de définir et de mobiliser des indicateurs d'évaluation en concordance avec les objectifs de l'éducation intégrée aux soins, c'est-à-dire qui permettent de renseigner l'atteinte des différents niveaux intermédiaires évoqués plus haut, depuis l'acquisition de compétences jusqu'au maintien ou à l'amélioration de la qualité de vie.

La contribution de l'éducation thérapeutique à la réduction des inégalités sociales de santé

Ce sont le plus souvent les personnes déjà sensibilisées à l'intérêt de l'éducation thérapeutique qui bénéficient de ce type de démarche, avec pour corollaire un risque d'aggravation des inégalités de santé. Comment rendre l'ETP accessible aux personnes qui en ont le plus besoin et en sont le plus éloignées ? Une des pistes réside peut-être dans l'articulation de cette démarche avec les dispositifs sanitaires et sociaux, comme les ateliers santé ville, dans une approche territoriale et communautaire participative.

Conclusion

Pour faire face aux enjeux soulevés par l'accroissement de la prévalence des maladies chroniques et des facteurs de risque de ces maladies dans la population française, la Loi HPST a fait de la prévention un élément central du dispositif

de réorganisation de l'offre de soins. Il est crucial aujourd'hui de continuer à explorer les conditions permettant un changement de paradigme « de la médecine vers la santé », à même à la fois de répondre aux besoins de la population mais aussi de lutter contre la montée des inégalités de santé. Cette réflexion, à la fois pratique et éthique, doit permettre d'agir prioritairement en particulier sur les questions concernant les habitudes de vie et l'environnement des personnes défavorisées et des personnes atteintes de maladies chroniques et de handicaps.

Conflits d'intérêts : néant.



Références :

1. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n° 167, 22 juillet 2009.
2. Haut conseil de la santé publique. Rapport. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. 2009. http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20091112_edth-soprrr.pdf
3. Organisation mondiale de la santé (OMS), Bureau régional pour l'Europe. Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Copenhague: OMS, 1998: 88 p. Version française UCL Bruxelles, 84 p.
4. HAS-INPES. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. Saint-Denis: HAS, juin 2007: 109 p.
5. Wonca Europe. Définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. 2002: 52 p. En ligne: <http://www.cnge.fr>
6. Mission Évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé/Collège national des généralistes enseignants. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. Juin 2009.
7. Fournier C, Buttet P, Le-Lay E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. In Gautier A (sous la dir.). Baromètre santé Médecins généralistes 2009. Éditions
8. Inpes. Baromètre 2011: 45-83. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
9. Fournier C, Fagot-Campagna A, Traynard PY, Mosnier-Pudar H, Halimi S, Varroud-Vial M, Aujoulat I, Gautier A. Démarche éducative, comment les médecins la perçoivent-ils. Résultats de l'étude Entred 2007. Concours médical. 2009;131(20):810-2.
10. Bourit O, Drahi E. Éducation thérapeutique du diabétique en médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. Médecine. 2007;3:229-34.
11. Lasserre-Moutet A, Dupuis J, Chambouleyron M, Lagger G, Golay A. Transformer son identité professionnelle : impact d'un programme de formation continue de soignants en éducation thérapeutique du patient. Pédagogie Médicale. 2008;9:83-93.
12. Turban F. Éducation thérapeutique du patient en médecine générale : représentations, pratiques et attentes des praticiens de la Somme [thèse Médecine]. Amiens: Université de Picardie-Jules-Vernes; 2008.
13. Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladies chroniques. Des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire (thèse pour le doctorat de santé publique, option éducation du patient. Louvain-la-Neuve: Université catholique de Louvain; 2007 (182 p.).
14. Bellil D. Les attentes des patients diabétiques de type 2 vis-à-vis de la médecine de premier recours et des réseaux de santé [Thèse Médecine]. Orléans-Tours: UFR Médecine; 2010.
15. Bury JA. Éducation pour la santé. Concepts, enjeux, planifications. Bruxelles: de Boeck; 1988.
16. Bresson R, Bataillon R. L'éducation thérapeutique : quel impact sur l'organisation des soins, en ville et à l'hôpital ? ADSP. 2009;66:37-40. En ligne: <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-66/ad663740.pdf>

Éducation thérapeutique du patient en médecine générale

- ▶ Les modalités de mise en œuvre de l'ETP inscrite dans la loi HPST restent à préciser à partir des recommandations du HCSP.
- ▶ Le développement d'une ETP intégrée aux soins de premier recours se heurte actuellement à plusieurs freins dont le manque de temps, le manque de professionnels relais ou de travail pluridisciplinaire, l'inadaptation de la formation médicale initiale et continue, ou encore une méconnaissance de la part des patients.
- ▶ Ce développement est cependant favorisé par des éléments positifs comme l'intérêt manifesté par les médecins et par d'autres professionnels de santé, la satisfaction des patients et le soutien de certaines autorités de santé favorisant les expérimentations.
- ▶ Travailler sur les conditions de développement de ces pratiques devrait en garantir la qualité et l'accessibilité aux patients sur l'ensemble du territoire.