



Médecine générale :
quel accès donné à l'éducation thérapeutique
et quelles pistes pour un accès plus équitable ?

Cécile Fournier

XXème journée de l'IPCEM, le 27 avril 2017

Contexte / problématique

Depuis 2009 : ETP inscrite dans le Code de la santé publique en France

- Système d'autorisation de programmes, appui cahier des charges HAS (2007)

- Fin 2015 : 3736 programmes autorisés par les ARS

 - ETP surtout collective, 80% à l'hôpital

 - accès faible, et dont l'équité est interrogée (HCSP, 2015)

- Les programmes d'ETP ne résument pas l'offre, mais il y a peu de travaux sur les pratiques éducatives en ville, intégrées aux soins (HCSP, 2009; Drahi, 2010; Traynard & Gagnayre, 2013)

 - intérêt d'explorer s'il existe des inégalités d'accès à l'ETP, et si oui, si leur réduction pourrait passer par une implication + forte des MG (Bourgueil, Jusot et Leleu, 2012)

 - pour cela, comprendre comment ceux-ci apportent une éducation à leurs patients



Projet de recherche

Comment les médecins généralistes peuvent-ils contribuer à un accès équitable à l'éducation thérapeutique (ETP) ?

Cécile Fournier, Michel Naiditch, Marie-Odile Frattini,
Avec la collaboration de Pierre-Yves Traynard,
Sous la responsabilité de Rémi Gagnayre et Pierre Lombrail



Pôle de ressources ÎLE DE FRANCE
en éducation thérapeutique du patient

IRDes

LEPS Laboratoire Educations
et Pratiques de Santé

Avec le soutien financier de l'IRESP
(Appel à projets ETP 2012)



Objectifs de la recherche

- Comprendre comment les médecins généralistes (MG) :
 - permettent à leurs patients d'accéder à une éducation (dans la consultation ou en dehors)
 - perçoivent les inégalités sociales et l'influence qu'elles ont sur leur travail médical et éducatif
 - peuvent contribuer à améliorer l'équité d'accès à l'ETP

Par une approche compréhensive exploratoire

Auprès de médecins exerçant dans un environnement « favorable »

Méthode : entretiens auprès de MG en contexte favorable vis-à-vis de l'ETP

- Entretiens avec des MG affiliés à des organisations liées au Pôle de ressources en ETP d'Ile-de-France (22 / 416 sollicités par mail + 10 par le pôle)
- Echantillon diversifié, non représentatif ;
 - âge, genre, type d'exercice (isolé / groupe monoprof^{el} / groupe pluriprof^{el})
statut (libéral / salarié), formé ou non à l'ETP, patientèle +/- favorisée socialement
- Entretiens individuels (22 MG) et collectifs (2 entretiens avec 4 et 6 MG)
 - Trajectoire professionnelle et conditions d'exercice
 - Récits de pratiques éducatives, appuyés sur des vignettes cliniques (diabète/AVK), faisant varier les situations sociales des patients
 - Avis sur leur capacité à diminuer les inégalités d'accès à une éducation
- Analyse compréhensive / sociologie interactionniste

Résultats

- 1) Accès donné à une éducation
- 2) Ce qui fait varier cet accès
- 3) Comment les médecins estiment pouvoir améliorer leurs pratiques éducatives et l'équité d'accès à une éducation

1) Accès donné à une éducation

a) Pratiques éducatives en consultation :

- presque tous les médecins
- pratiques +/- fréquentes

b) Orientation vers d'autres ressources éducatives :

- certains médecins seulement, pour certains patients
- pratiques rares, ou dans des circonstances particulières

1.a) Pratiques éducatives en consultation

- **Interfèrent de façon variable avec la logique biomédicale :**
 - Une des dimensions de la consultation, où la logique biomédicale prime
 - Préoccupation constante, place souvent périphérique, parfois centrale
- **Caractéristiques ou « mots clés » :**
 - **Intention éducative** : objectifs variés (ex: diabète / AVK)
 - **Relation** dans la durée : centrale, support de la démarche, alchimie
 - **Place donnée au patient** : appui sur connaissances, vécu, expérience, envies + tentative de l'associer à la définition des objectifs éducatifs
 - penser « pour », « avec » ou « par »
 - **Bricolage** : tâtonnement, « essais », bricolage relationnel + outils éclectiques et aménagement de l'environnement

1.a) Pratiques éducatives en consultation (suite)

Ressenti des MG :

- Se disent +/- à l'aise dans ces pratiques
 - Sentiment d'efficacité variable
 - Sentiment d'être démunis pour apprécier la qualité de leur démarche
- Rencontrent des tensions dans le travail éducatif
 - Biomédecine / maladie vécue
 - Respect vie privée / intrusion
 - Se battre / être complice
 - Convaincre / aider à s'interroger
 - Entre différentes conceptions de l'autonomie

1.b) Orientations vers d'autres ressources éducatives

- Rares malgré les difficultés décrites dans la consultation
- Vers des ressources dédiées ou non à l'ETP :
 - professionnels de santé (individuels) libéraux n'exerçant pas dans le cadre d'un programme d'ETP (diététicien, médecin nutritionniste, podologue...)
 - autres ressources ciblées sur l'activité physique ou l'alimentation (centre sportif, piscine, coach sportif, Weight Watchers...)
 - programmes d'ETP autorisés (réseaux, MSP, hospitaliers, Asalée)
 - dispositifs médicosociaux (ateliers santé ville, médiateurs sociaux, assistants sociaux, associations communautaires...)
- Avec des freins importants :
 - Méconnaissance des ressources/personnes impliquées, besoin délégalation de confiance
 - Réticence à l'égard d'offres jugées peu adaptées à leurs besoins et à ceux des patients, craintes de messages contradictoires, doutes sur l'efficacité à long terme
 - Crainte d'en demander trop au patient

1.b) Orientations vers d'autres ressources éducatives (suite)

- Modalités:

- Orientations souvent contingentes (difficulté ponctuelle)
- Contexte relationnel ou émotionnel variable : sentiment d'échec / apport complémentaire dans un processus plus maîtrisé
- « Ciblées » vers une ressource (compétence ou tiers de confiance) ou « globales » (déléguées) vers un programme
- Place variable donnée au patient dans les choix d'orientation
- Appui variable/délicat sur ces orientations dans le suivi ultérieur

→ Au total : continuum entre maîtrise conservée du processus éducatif et délégation complète de la démarche éducative, et place +/- grande donnée au patient dans le choix du processus

2) Ce qui fait varier l'accès donné à une éducation en consultation

1. La trajectoire professionnelle et la formation, la réflexivité et l'aisance dans la relation éducative
2. Les conditions d'exercice des médecins :
 - Démographie professionnelle
 - Patientèle défavorisée
 - Exercice pluriprofessionnel
3. Le rôle que s'attribue le médecin
 - Des pratiques éducatives pas toujours qualifiées d'ETP
 - Difficulté à se situer dans le discours promouvant l'ETP
 - Témoin de transformations des logiques de soin et du rôle social du médecin (partir du patient et travailler à plusieurs)
4. Et aussi : Les caractéristiques sociales des patients perçues

- Ce n'est pas un temps isolé dans la CS
- On ne prévient pas le patient
- Contenu non défini à l'avance

2) Ce qui fait varier l'orientation vers d'autres ressources éducatives

1. Existence de ressources en proximité, visibles, articulées, connues des médecins et des patients
2. Réflexivité et aisance du MG dans la relation éducative
3. Rôle +/- actif laissé au patient dans le choix d'orientation
4. Conception par le MG de sa responsabilité à l'égard du patient / du territoire :
 - responsabilité personnelle / partagée avec d'autres professionnels
 - Responsabilité individuelle / populationnelle
5. Et aussi : Les caractéristiques sociales des patients perçues

Confiance
en soi,
dans la relation
et dans les ressources

2) Ce qui fait varier l'accès donné à une éducation en consultation et via des orientations

Les caractéristiques sociales des patients
et la perception qu'en ont les médecins :

- 4 dimensions susceptibles d'influer sur les pratiques :
 - connaissances sur la santé et ses déterminants
 - ressources financières
 - maniement de la langue française (littératie en santé)
 - attitudes dites « culturelles »
- Une conscience variable de l'influence des ISS sur le travail médical
- Des situations plus difficiles pour le médecin : effort et proactivité
- Mais différences sociales non jugées comme la cause principale des difficultés : les inégalités viennent d'abord de la facilité à construire une relation

2) Comment la situation sociale des patients influence les pratiques éducatives

En consultation : un accès moindre donné à une éducation lorsque la distance sociale augmente :

- Moins de temps passé par le médecin à l'éducation
- Attitude plus souvent prescriptive
- Limitation plus fréquente à des objectifs de sécurité, à court terme

Dans l'orientation : un accès différent à des ressources différentes :

- Ce ne sont pas les mêmes patients que les médecins orientent
- Des modalités d'orientation différentes, +/- directives
- Des ressources mobilisées qui sont aussi différentes

3) Une part importante des médecins estime pouvoir contribuer à améliorer leurs pratiques et l'équité d'accès à une éducation...
... en s'appuyant sur des dynamiques profes^{nelles} et institutionnelles déjà existantes localement, ou qu'ils contribuent à créer

a) Adaptation pour les patients défavorisés :

- Des pratiques éducatives en consultation : écoute, temps dédiés, appui sur l'expérience du patient, micro-objectifs personnalisés réévalués
- Des orientations vers des ressources éducatives complémentaires : convivialité, approche non thématique ou pluri-pathologique, relances, proximité

b) Echanges de pratiques et formation :

(besoin : savoir ajuster la démarche éducative et apprécier dans le temps son adéquation aux besoins de chaque patient)

c) Nouvelles organisations du travail : pluriprofessionnalité et intersectorialité

d) Articulations entre ressources éducatives et accès facilité

à ces ressources, pour les patients et les médecins : approches territoriales

3) Pour certains MG, l'ETP = soutien à leur créativité pour faire face au défi du soin aux personnes atteintes de maladies chroniques

- Un moyen de transformer leurs pratiques, pour mieux répondre aux besoins des patients, notamment les plus défavorisés socialement
- Un moyen de ré-enchanter leurs pratiques, dans des conditions d'exercice parfois difficiles :
 - du fait de la complexité des situations et des besoins des patients
 - du fait de l'affaiblissement des offres sanitaires et sociales et de leur défaut d'articulation

Apports, questions soulevées par cette recherche (et par d'autres...)

Constat d'un changement culturel en cours : invention par les MG de nouvelles pratiques éducatives (hors programme le plus souvent), partant des besoins des patients et en s'ouvrant au pluriprofessionnel

1. Comment penser l'éducation en consultation pour soutenir les tentatives des médecins d'améliorer la dimension éducative de leur pratique et son équité d'accès? (Falcoff et al, 2010)
2. Quelles formations développer, pour faciliter les transformations identitaires et organisationnelles qui permettraient aux médecins de mieux répondre aux besoins des patients, en pluriprofessionnel ?
(Gross, 2017; Annezo, Fiquet et al, 2014-2016; Hugué et al, 2017; ASALEE)
3. Comment faciliter la mise en contact des généralistes avec les ressources éducatives de leur territoire, en ETP et en santé communautaire ?
4. Comment faciliter l'articulation entre pratiques hors-programme et programmes d'ETP ?

Perspectives à discuter

Quels principes pour mener ces réflexions ?

- ne pas formaliser pour préserver la créativité dans la co-construction
- réfléchir localement entre tous les acteurs concernés :
soignants et professionnels offrant des ressources éducatives sanitaires et sociales (y compris communautaires), patients et leurs représentants
- favoriser des cadres ouverts comme ceux des échanges de pratiques, sans cibler forcément sur l'ETP
- développer l'activité des pôles de ressources, pour un partage et une co-construction d'une culture de la ressource, dans un processus d'intelligence collective
- envisager des offres renforcées pour « ceux qui en ont le plus besoin », dans une logique d'universalisme proportionné

La co-construction avec les patients, la pluriprofessionnalité et l'intersectorialité ne sont pas données d'avance, elles se construisent jour après jour...



Nous remercions chaleureusement...

- les médecins rencontrés
- les structures partenaires du Pôle de ressources en ETP d'Île de France :
ASDES, Diabète 92, FEMASIF, Paris Diabète, Pôle de santé Paris 13^{ème}
et Pôle de santé des Enverges
- Houda Ahamed, coordinatrice du Pôle de ressources en ETP
- Anne-Marie Panetta, secrétaire du LEPS

Recherche financée par l'IRESF (appel à projets 2012 sur l'ETP)

Merci pour votre attention