



HAL
open science

Recueil des attentes des internes de médecine générale de l'université de Grenoble pour leur formation initiale à l'éducation thérapeutique du patient

Pauline Girard, Kévin Brutin

► To cite this version:

Pauline Girard, Kévin Brutin. Recueil des attentes des internes de médecine générale de l'université de Grenoble pour leur formation initiale à l'éducation thérapeutique du patient. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01627986

HAL Id: dumas-01627986

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01627986>

Submitted on 2 Nov 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2017

N°

**RECUEIL DES ATTENTES DES INTERNES DE MEDECINE
GENERALE DE L'UNIVERSITE DE GRENOBLE POUR LEUR
FORMATION INITIALE A L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU
PATIENT**

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

GIRARD Pauline

BRUTIN Kévin

[Données à caractère personnel]

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE
GRENOBLE*

Le : 24 octobre 2017

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Monsieur le Professeur Patrick IMBERT

Membres

Madame le Professeur Anne-Laure BOREL

Monsieur le Professeur Benoit ALLENET

Madame le Docteur Rita GUZUN

Madame le Docteur Julie TYRANT Directrice de thèse

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Doyen de la Faculté : Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2017-2018

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

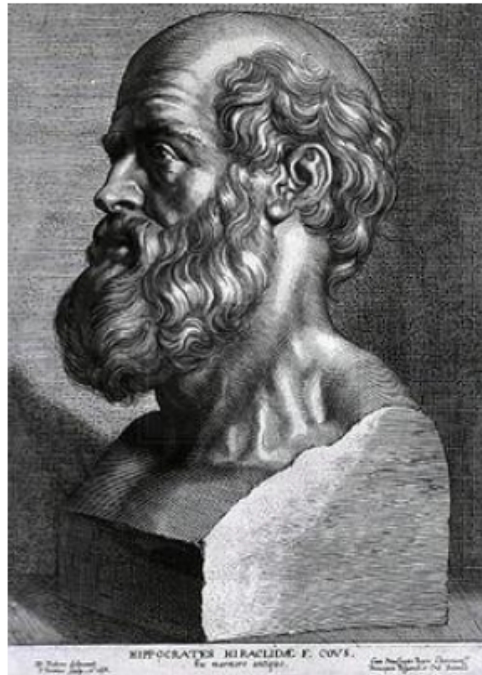
| CORPS | NOM-PRENUM | Discipline universitaire |
|--------|-------------------------------|---|
| PU-PH | ALBALADEJO Pierre | Anesthésiologie réanimation |
| PU-PH | APEL Florent | Ophthalmologie |
| PU-PH | ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine | Chirurgie générale |
| PU-PH | BAILLET Athan | Rhumatologie |
| PU-PH | BARONE-ROCHETTE Gilles | Cardiologie |
| PU-PH | BAYAT Sam | Physiologie |
| PU-PH | BENHAMOU Pierre Yves | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| PU-PH | BERGER François | Biologie cellulaire |
| MCU-PH | BIDART-COUTTON Marie | Biologie cellulaire |
| MCU-PH | BOISSET Sandrine | Agents infectieux |
| PU-PH | BONAZ Bruno | Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie |
| PU-PH | BONNETERRE Vincent | Médecine et santé au travail |
| PU-PH | BOREL Anne-Laure | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| PU-PH | BOSSON Jean-Luc | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH | BOTTARI Serge | Biologie cellulaire |
| PU-PH | BOUGEROL Thierry | Psychiatrie d'adultes |
| PU-PH | BOUILLET Laurence | Médecine interne |
| PU-PH | BOUZAT Pierre | Réanimation |
| MCU-PH | BRENIER-PINCHART Marie Pierre | Parasitologie et mycologie |
| PU-PH | BRICAULT Ivan | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | BRICHON Pierre-Yves | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| MCU-PH | BRIOT Raphaël | Thérapeutique, médecine d'urgence |
| MCU-PH | BROUILLET Sophie | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| PU-PH | CAEN Jean-Yves | Hématologie |
| PU-PH | CARPENTIER Françoise | Thérapeutique, médecine d'urgence |
| PU-PH | CARPENTIER Patrick | Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire |
| PU-PH | CESBRON Jean-Yves | Immunologie |
| PU-PH | CHABARDES Stephan | Neurochirurgie |
| PU-PH | CHABRE Olivier | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| PU-PH | CHAFFANJON Philippe | Anatomie |
| PU-PH | CHARLES Julie | Dermatologie |
| PU-PH | CHAVANON Olivier | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| PU-PH | CHIQUET Christophe | Ophthalmologie |

| | | |
|--------|-------------------------|---|
| PU-PH | CHIRICA Mircea | Chirurgie générale |
| PU-PH | CINQUIN Philippe | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH | CLAVARENO Giovanna | Immunologie |
| PU-PH | COHEN Olivier | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | COURVOISIER Aurélien | Chirurgie infantile |
| PU-PH | COUTURIER Pascal | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| PU-PH | CRACOWSKI Jean-Luc | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| PU-PH | CURE Hervé | Oncologie |
| PU-PH | DEBILLON Thierry | Pédiatrie |
| PU-PH | DECAENS Thomas | Gastro-entérologie, Hépatologie |
| PU-PH | DEMATTEIS Maurice | Addictologie |
| MCU-PH | DERANSART Colin | Physiologie |
| PU-PH | DESCOTES Jean-Luc | Urologie |
| MCU-PH | DETANTE Olivier | Neurologie |
| MCU-PH | DIETERICH Klaus | Génétique et procréation |
| MCU-PH | DOUTRELEAU Stéphane | Physiologie |
| MCU-PH | DUMESTRE-PERARD Chantal | Immunologie |
| PU-PH | EPAULARD Olivier | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| PU-PH | ESTEVE François | Biophysique et médecine nucléaire |
| MCU-PH | EYSSERIC Hélène | Médecine légale et droit de la santé |
| PU-PH | FAGRET Daniel | Biophysique et médecine nucléaire |
| PU-PH | FAUCHERON Jean-Luc | Chirurgie générale |
| MCU-PH | FAURE Julien | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | FERRETTI Gilbert | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | FEUERSTEIN Claude | Physiologie |
| PU-PH | FONTAINE Éric | Nutrition |
| PU-PH | FRANCOIS Patrice | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| MCU-MG | GABOREAU Yoann | Médecine Générale |
| PU-PH | GARBAN Frédéric | Hématologie, transfusion |
| PU-PH | GAUDEN Philippe | Rhumatologie |
| PU-PH | GAVAZZI Gaëtan | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| PU-PH | GAY Emmanuel | Neurochirurgie |
| MCU-PH | GILLOIS Pierre | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH | GRAND Sylvie | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | GRIFFET Jacques | Chirurgie infantile |
| PU-PH | GUEBRE-EGZIABHER Fitsum | Néphrologie |
| MCU-PH | GUZUN Rita | Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique |
| PU-PH | HAINAUT Pierre | Biochimie, biologie moléculaire |
| PU-PH | HENNEBICQ Sylviane | Génétique et procréation |
| PU-PH | HOFFMANN Pascale | Gynécologie obstétrique |
| PU-PH | HOMMEL Marc | Neurologie |
| PU-MG | IMBERT Patrick | Médecine Générale |
| PU-PH | JOUK Pierre-Simon | Génétique |
| PU-PH | JUVEN Robert | Rhumatologie |

| | | |
|----------|--------------------------------------|---|
| PU-PH | KAHANE Philippe | Physiologie |
| MCU-PH | KASTLER Adrian | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | KRACK Paul | Neurologie |
| PU-PH | KRAINIK Alexandre | Radiologie et imagerie médicale |
| PU-PH | LABARERE José | Epidémiologie ; Eco. de la Santé |
| MCU-PH | LABLANCHE Sandrine | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| MCU-PH | LANDELLE Caroline | Bactériologie - virologie |
| MCU-PH | LAPORTE François | Biochimie et biologie moléculaire |
| MCU-PH | LARDY Bernard | Biochimie et biologie moléculaire |
| MCU-PH | LARRAT Sylvie | Bactériologie, virologie |
| MCU - PH | LE PISSART Audrey | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | LECCIA Marie-Thérèse | Dermato-vénérologie |
| PU-PH | LEROUX Dominique | Génétique |
| PU-PH | LEROY Vincent | Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie |
| PU-PH | LEVY Patrick | Physiologie |
| PU-PH | LONG Jean-Alexandre | Urologie |
| PU-PH | MAGNE Jean-Luc | Chirurgie vasculaire |
| MCU-PH | MAIGNAN Maxime | Thérapeutique, médecine d'urgence |
| PU-PH | MAITRE Anne | Médecine et santé au travail |
| MCU-PH | MALLARET Marie-Reine | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| MCU-PH | MARLU Raphaël | Hématologie, transfusion |
| MCU-PH | MAUBON Danièle | Parasitologie et mycologie |
| PU-PH | MAURIN Max | Bactériologie - virologie |
| MCU-PH | MC LEER Anne | Cytologie et histologie |
| PU-PH | MERLOZ Philippe | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| PU-PH | MORAND Patrice | Bactériologie - virologie |
| PU-PH | MOREAU-GAUDRY Alexandre | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH | MORO Elena | Neurologie |
| PU-PH | MORO-SIBILOT Denis | Pneumologie |
| PU-PH | MOUSSEAU Mireille | Cancérologie |
| PU-PH | MOUTET François | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie |
| MCU-PH | PACLET Marie-Hélène | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | PALOMBI Olivier | Anatomie |
| PU-PH | PARK Sophie | Hémato - transfusion |
| PU-PH | PASSAGLIA Jean-Guy | Anatomie |
| PU-PH | PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François | Anesthésiologie réanimation |
| MCU-PH | PAYSANT François | Médecine légale et droit de la santé |
| MCU-PH | PELLETIER Laurent | Biologie cellulaire |
| PU-PH | PELLOUX Hervé | Parasitologie et mycologie |
| PU-PH | PEPIN Jean-Louis | Physiologie |
| PU-PH | PERENNOU Dominique | Médecine physique et de réadaptation |
| PU-PH | PERNOD Gilles | Médecine vasculaire |
| PU-PH | PIOLAT Christian | Chirurgie infantile |
| PU-PH | PISON Christophe | Pneumologie |

| | | |
|--------|------------------------|---|
| PU-PH | PLANTAZ Dominique | Pédiatrie |
| PU-PH | POIGNARD Pascal | Virologie |
| PU-PH | POLACK Benoît | Hématologie |
| PU-PH | POLOSAN Mircea | Psychiatrie d'adultes |
| PU-PH | PONS Jean-Claude | Gynécologie obstétrique |
| PU-PH | RAMBEAUD Jacques | Urologie |
| PU-PH | RAY Pierre | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| PU-PH | REYT Émile | Oto-rhino-laryngologie |
| PU-PH | RIGHINI Christian | Oto-rhino-laryngologie |
| PU-PH | ROMANET Jean Paul | Ophthalmologie |
| PU-PH | ROSTAING Lionel | Néphrologie |
| MCU-PH | ROUSTIT Matthieu | Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie |
| MCU-PH | ROUX-BUISSON Nathalie | Biochimie, toxicologie et pharmacologie |
| MCU-PH | RUBIO Amandine | Pédiatrie |
| PU-PH | SARAGAGLIA Dominique | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| MCU-PH | SATRE Véronique | Génétique |
| PU-PH | SAUDOU Frédéric | Biologie Cellulaire |
| PU-PH | SCHMERBER Sébastien | Oto-rhino-laryngologie |
| PU-PH | SCHWEBEL-CANALI Carole | Réanimation médicale |
| PU-PH | SCOLAN Virginie | Médecine légale et droit de la santé |
| MCU-PH | SEIGNEURIN Arnaud | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| PU-PH | STAHL Jean-Paul | Maladies infectieuses, maladies tropicales |
| PU-PH | STANKE Françoise | Pharmacologie fondamentale |
| MCU-PH | STASIA Marie-José | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | STURM Nathalie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| PU-PH | TAMISIER Renaud | Physiologie |
| PU-PH | TERZI Nicolas | Réanimation |
| MCU-PH | TOFFART Anne-Claire | Pneumologie |
| PU-PH | TONETTI Jérôme | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| PU-PH | TOUSSAINT Bertrand | Biochimie et biologie moléculaire |
| PU-PH | VANZETTO Gérald | Cardiologie |
| PU-PH | VUILLEZ Jean-Philippe | Biophysique et médecine nucléaire |
| PU-PH | WEIL Georges | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| PU-PH | ZAOUI Philippe | Néphrologie |
| PU-PH | ZARSKI Jean-Pierre | Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie |

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements du jury

Au professeur Patrick IMBERT : Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury et de juger notre travail. Votre présence a beaucoup de sens pour nous.

Au professeur Anne-Laure BOREL : Merci de nous avoir fait l'honneur de juger notre thèse et pour l'intérêt porté à notre travail.

Au professeur Benoit ALLENET : Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Sans votre jugement d'expert de l'ETP, notre travail n'aurait pas eu la même valeur.

Au docteur Rita GUZUN : Merci d'avoir accepté de lire et de critiquer notre travail. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Au docteur Julie TYRANT : Merci d'avoir accepté la direction de cette thèse. Merci de nous avoir aiguillés quand il nous arrivait de nous éparpiller. Et surtout merci pour ton infinie patience et pour tes multiples corrections.

Remerciements communs

A Amandine, notre tutrice, pour ton soutien inconditionnel. Nous sommes sûrs que tu seras une excellente maman, tu t'es bien entraînée avec nous. Merci pour tes conseils toujours justes. Vivement qu'on puisse repartager une bière tous ensemble.

Au docteur Yoann Gaboreau : Pour sa relecture attentive, et ses conseils avisés.

A tous les internes qui ont pris le temps de participer à cette thèse, malgré un emploi du temps bien chargé. Merci de l'avoir fait avec enthousiasme et bonne humeur, vous êtes le cœur de ce travail.

Remerciements Pauline

A ma famille, ma Maman pour ces innombrables relectures, mon Baboun pour l'ardue organisation du pot de thèse, le Didi pour tes conseils de présentation, le Gros pour nos week-end ski manqués et tous ceux à venir, et le p'tit Mahon pour ta bonne humeur.

A mes grands-parents partis trop tôt.

A mes autres grands-parents : papy Claude, tata Auer et Mémé merci pour votre inconditionnelle tendresse.

Aux (anciens) bisontins : Alexia et Marion, j'espère qu'on continuera à découvrir les capitales ensemble et que notre folie restera ; Pierre on aura finalement eu le même parcours jusqu'au bout (ou presque) ; Lisou, Florence, Anselme, Antoine, Manon ...

Aux Bichons : Nono, Valou, Tételle, Floflo, Axou, Val, vivre pour bicher ou bicher pour vivre !! Vous êtes juste trop géniaux, vous débordez d'amour !

Mention spéciale à Bobby et Titi, mes 2 minions préférés que de fous rires depuis l'endoc,

A tous ceux de l'AJD, que de belles rencontres au cours de ces séjours. Vous m'offrez chaque été tellement de bonheur. Un grand merci à tous mes poussins de Gouville, à Gwendo, Mathilde, Marie, Charline, Sandrine. Merci à Carine, au Dr De Kerdanet, ...

A l'équipe Gouville 2 2017, Delphine, Simon, Thomas, Sara, Tim, Lélia, MC, Angéline, Pascale, Delphine, Anto, Léa, Clémence, Anaïs, Sarah, Manu, Matthias, Ken, Clélia, Tonio pour cette bouffée de bienveillance que vous m'avez donné cet été.

A Elsa, mon docteur modèle, mon modèle de docteur, j'espère que notre partenariat Prescrire pourra continuer et qu'on en créera encore beaucoup d'autres.

A tous les médecins qui m'ont accompagnée depuis le début de mon cursus Sylviane, l'équipe des urgences du CHU, les équipes d'endoc et de néphro de Chambéry, Christine, Frédéric et Guillaume, l'équipe de gastro de Voiron, le Dr Ramponneau, Fanny, Simon, Benoit et Dominique.

Aux équipes de l'UTEP de Besançon et de Grenoble pour m'avoir fait découvrir l'ETP et pour m'avoir accompagné dans ce DU, et plus particulièrement au Pr Penfornis et au Pr Allenet, merci pour votre investissement à faire connaître l'ETP.

Au département de médecine générale de Grenoble et au cabinet de la Grande Ramée, merci de m'ouvrir vos portes et de m'offrir de belles perspectives pour les mois à venir.

A Kevin, merci d'avoir accepté de vivre dangereusement ces derniers mois pour réaliser cette thèse. Ton sens de l'organisation n'a pas son pareil et nous a été fort utile. Je ne reviendrai pas sur ton virus des pièces jointes ! Ça a été un réel plaisir de bosser avec toi, même et surtout en périodes de craquages !!

A ceux que j'oublie mais qui ont fait de moi ce que je suis...

Remerciements Kévin

A *Pauline*, ... parce qu'en plus, il faudrait que je remercie, pour tout ça ! Ce fut vraiment très agréable de travailler avec toi, grâce à toi, c'est la première fois que je suis en avance pour quelque chose. Si tu gardes cette humanité et cet enthousiasme dans ce que tu entreprends, tu seras un excellent médecin.

A mes maitres de Stages :

- Dr GUERRY, pour m'avoir bichonné pendant 6 mois.
- Dr ROYER DE VERICOURT, veuillez agréer mes salutations les plus sincères !!
- Dr COSNIER, pour m'avoir montré le médecin que je voudrais être.

A mes futurs Maitres de stage : Dr VANG et Dr THIERY, pour m'avoir accepté en stage malgré tout ce que cela impliquait. J'espère que notre collaboration ne fait que commencer.

A mes co-internes de cardio : *Axou, Valou, John, Flo*, passer du stress total de devoir prescrire un movicol® sans en parler au chef, à la gestion sans pression des *St+* en garde, on a bien grandi ensemble.

A l'équipe médicale et soignante du service de Cardiologie de Chambéry, je ne pouvais rêver mieux pour débiter mon internat. Pensée particulière pour *Mag, Polain et Lulu*, mes trois reines des potins.

A mes co-internes des urgences : *Pierrette, Emilie, Charlotte, Marie, Juliette, Floriane, Pauline, Charles*, on en a bien bavé, mais on s'est encore plus marrés !

A l'équipe médicale et soignante du service des urgences d'Annecy, pour votre dévouement à travailler dans ses conditions, parfois bien difficiles.

Un grand Merci à *Lukas, Cécile G, Cécile O, Laetitia, Marion et Ellen*, mes co-internes de pédiatrie pour leur soutien durant ces derniers mois compliqués, qui ont pris sur eux pour me permettre de terminer cette thèse.

A toute l'équipe de pédiatrie de Voiron, pour votre gentillesse.

A ces médecins qui m'ont marqué, et que je prends en exemple, *Dr BARRET, DR BACQUELIN, Dr CORCELA, Dr DUCLOS*, et bien sûr *Emmanuelle*.

Au Pr IMBERT et à l'ensemble du *bureau du DMG*, pour votre investissement pour rendre notre internat le plus agréable possible et votre oreille toujours attentive à nos besoins.

A mes parents, il y aurait tellement de choses à vous dire. Merci d'être présents à chaque instant. Sans vous les marches auraient été trop hautes, trop nombreuses et nous ne serions pas là aujourd'hui.

A Frère, merci pour la patience que tu as de me supporter depuis toujours. Je suis tellement fier de l'homme que tu es devenu.

A Mamie, tu es mon modèle, bien plus que tu ne le penses.

A papou, d'être ce grand-père que je n'ai jamais eu.

A mon filleul, Mathis, qui me remplit de bonheur et de fierté.

A mes deux tatans, pour nous rappeler que la famille est ce qu'on a de plus précieux, et pour prendre si bien soin de nous tous.

A toute ma famille : tontons, tatans, cousins, cousines et aux petits nouveaux qui arrivent petit à petit, les moments passés avec vous ne sont que joie, bonheur et bonne humeur.

A Lydie et Pénì, sans vous, je n'en serais pas là aujourd'hui.

A Mauricette, Yoann et Mickael, vous êtes aussi ma famille.

A Pascale, Mamou, Mémé Lulu, Tata, Pierrot,...

A ma belle-famille, pour m'avoir accueilli, je me sens à ma place parmi vous.

A Marie, le plus beau reste à écrire...

A Sylvain, mon nounours, fidèle compagnon de cette fichue P1, grâce à toi, j'en garde des bons souvenirs. En plus de ta gentillesse et de ta constance, tu es un exemple de rigueur et de réussite. Je vous souhaite le meilleur avec Marine.

A mes amis de Lycées : Ben, Ju, Guigui, Justin, le Baron, la bande des « Moches », merci d'être toujours là.

A mes amis de médecine, que de chemin parcouru ensemble ! De bons souvenirs à n'en plus finir, puis ces études qui nous ont changés et endurcis peu à peu. N'oublions pas qui nous sommes, n'oublions pas pourquoi nous sommes là et n'oublions pas l'essentiel : nous avons la chance que faire le plus beau « métier » du monde.

A mon Papa : « *L'essentiel est invisible pour les yeux.* »

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| RESUME..... | 16 |
| ABSTRACT | 17 |
| LISTE DES ABREVIATIONS..... | 18 |
| INTRODUCTION..... | 19 |
| Education thérapeutique et soins primaires..... | 19 |
| Formation à l’ETP en troisième cycle de médecine générale | 20 |
| Objectif de la recherche..... | 21 |
| METHODE | 22 |
| Choix de la méthode qualitative..... | 22 |
| Échantillonnage | 22 |
| Recueil des données | 22 |
| Transcription | 23 |
| Analyse..... | 23 |
| Réglementation..... | 24 |
| RESULTATS | 25 |
| Caractéristiques de l’étude | 25 |
| Echantillon | 25 |
| Entretiens..... | 26 |
| Analyse..... | 28 |
| I- Modalités de la formation..... | 28 |
| II- Une formation théorique | 29 |

| | |
|---|----|
| III- Une formation pratico-pratique à l'ETP | 30 |
| IV- Les Compétences | 31 |
| V- La Pluridisciplinarité..... | 33 |
| VI- La place du patient..... | 34 |
| VII- Bénéfices et sources de motivation | 34 |
| DISCUSSION | 36 |
| Principaux résultats | 36 |
| Forces et faiblesses..... | 36 |
| Originalité de l'étude..... | 36 |
| Méthodologie | 36 |
| Recueil des données | 37 |
| Analyse des données | 37 |
| Données de la littérature..... | 37 |
| Définir et redéfinir l'ETP | 37 |
| Communication et relation médecin/patient | 38 |
| Des méthodes d'apprentissages variées | 38 |
| Jeux de rôles et simulations..... | 39 |
| Une formation pluriprofessionnelle | 39 |
| Le groupe restreint | 40 |
| La répétition | 40 |
| Le patient partenaire..... | 40 |
| La mise en pratique | 41 |
| Ouverture..... | 41 |

| | |
|---|----|
| CONCLUSION..... | 42 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 44 |
| ANNEXES..... | 46 |
| Annexe 1 : Message d'information aux internes..... | 46 |
| Annexe 2 : Grille d'entretien initiale..... | 47 |
| Annexe 3 : Grille d'entretien modifiée..... | 48 |
| Annexe 4 : Définition de l'ETP donnée aux participants..... | 49 |
| Annexe 5 : Arborescence des codes..... | 50 |
| Annexe 6 : Codes investigateur 1..... | 54 |
| Annexe 7 : Codes investigateur 2..... | 69 |
| Annexe 8 : Verbatims des entretiens..... | 78 |

RESUME

Introduction : L'éducation thérapeutique du patient est le fondement de la prise en charge des maladies chroniques. Le médecin généraliste possède un rôle primordial dans une offre d'ETP de plus en plus ambulatoire. De nombreux travaux pointent du doigt les lacunes de formation à l'éducation thérapeutique des internes de médecine générale malgré les directives nationales.

Objectif : Ce travail cherchait à recueillir les attentes des internes de médecine générale de Grenoble pour leur formation à l'éducation thérapeutique.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-directifs en focus group et en individuels entre juillet et septembre 2017 à Grenoble, Chambéry et Annecy.

Résultats : Trente-sept internes ont été interrogés. Les internes souhaitaient une formation « à l'image de ce qu'est l'ETP théorique mais surtout pratique. Ils voulaient pouvoir faire des stages de découverte au sein de programme d'ETP préexistants et voyaient le jeu de rôle et la vidéo comme des outils d'expérimentation. Ils espéraient pouvoir renforcer leurs compétences relationnelles afin de consolider la relation médecin/patient. Ils considéraient la pluri professionnalité comme un enrichissement. Le patient y tenait une place centrale en tant qu'expert de sa maladie.

Conclusion : Les attentes des internes de médecine générale de Grenoble sont comparables aux objectifs de formation à l'ETP. La construction d'une formation à partir de ces attentes pourra permettre une valorisation de l'ETP en soins primaire.

Mots clés : éducation thérapeutique du patient, médecine générale, internat.

ABSTRACT

Introduction : Patient education is the basement in management of patients with chronic disease. General practitioners get an important part to play in the primary care where a lot of chronic patient are taken in charge. A lot of studies show that residents are not well trained despite national programs, in this special field.

Purpose : This survey gather expectations of Grenoble University's young doctors trained in general medicine.

Method : Qualitative survey run by semi-conducted interviews by focus group and individual interviews between July and September 2017 in Grenoble, Chambéry and Annecy.

Results : Thirty seven residents have been interviewed. They wanted a formation similar to patient education, both theoretical and practical. Indeed, they mentioned that a form of teaching could be by courses and role-play. The intention was to increase their communication skills to improve the general practitioner/ patient relationship. Multi-disciplinary was considering as enhancement. Patient became an expert of his disease and actively contributed to healthcare.

Conclusion : Expectations of Grenoble general practitioner residents are similar to patient education training aims. Develop a formation from this results could promote patient education in primary care.

Key words : patient education, general practitioner, internship and residency.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence régionale de santé

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires

ECN : Examen classant national

ETP : Education thérapeutique du patient

HAS : Haute autorité de santé

HCSP : Haut conseil de santé publique

HPST : Hôpital, patients, santé, territoires

IMG : Internes de médecine générale

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

MG : Médecin généraliste

OMS : Organisation mondiale de la santé

PACES : Première année commune aux études de santé

UPL : Unité pédagogique locale

INTRODUCTION

Education thérapeutique et soins primaires

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a été intégrée à la prise en charge des patients atteints d'une maladie chronique par la loi Hôpital patients santé territoires (HPST), article L1161-1. « Elle s'inscrit dans le parcours de soin [et] a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. » Selon l'académie de médecine, le professionnel de santé prenant en charge un malade chronique doit être en mesure d'informer le patient de la possibilité de bénéficier d'un programme d'éducation thérapeutique.

Un rapport du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) de 2009 faisait le constat, devant l'augmentation des pathologies chroniques, du développement nécessaire de l'offre de soin en ETP et ce « au plus près des lieux de vie et de soins des patients (1) ». Ce qui nécessite l'implication des médecins généralistes (MG).

Drahi souligne que « le bon sens voudrait que l'éducation thérapeutique soit réalisée là où sont les patients, d'une manière continue, dans un type de relation soignant-soigné qui n'est pas spécifique à l'éducation thérapeutique, mais générique à toute rencontre entre un professionnel et un malade (2). »

Dans ce même rapport, le HCSP décrivait plusieurs caractéristiques pour une ETP véritablement intégrée aux soins : centrée sur le patient, permanente et construite à partir d'une approche globale de la personne (1). Autant de caractéristiques retrouvées parmi les missions du MG définies par l'article 36 Art. L. 4130-1.

Le MG a un rôle important à jouer dans l'ETP en qualité de coordonnateur des soins ou en tant que professionnel formé à cet exercice et intégré à une équipe pluriprofessionnelle au sein d'un programme reconnu par l'Agence régionale de santé (ARS).

Formation à l'ETP en troisième cycle de médecine générale

Dès 2006, le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) précisait que la maîtrise de la compétence « approche globale » passait par la capacité de « mettre en place l'éducation thérapeutique ».

Depuis 2013, cette notion est intégrée aux nouveaux programmes pédagogiques par compétences. Elle a été confirmée et renforcée en 2017 en prévision de la réforme du troisième cycle des études médicales. La création d'un apprentissage de l'ETP au cours de la formation initiale des internes répondrait aux directives nationales.

En 2008, un rapport des autorités sanitaires concluait à une offre en ETP diversifiée mais peu coordonnée et de qualité incertaine (3). En réponse à ce constat, la formation à l'ETP a été rendue obligatoire en 2015 pour tous professionnels de santé souhaitant la pratiquer (4).

Peu d'universités proposent une formation initiale à l'ETP. Un état des lieux de 2006 réalisé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) comptabilisait 11 facultés de médecine qui offraient un enseignement et seulement 6 sous forme d'un enseignement spécifique (5). Un nouvel état des lieux de ces formations a été débuté.

Pourtant, en 2016, Fiani a montré que « les internes de médecine générale (IMG) étaient intéressés par la pratique de l'ETP et considéraient que l'ETP faisait partie du parcours de soins du patient ». Toutefois, seule « la moitié des internes se sentait formée en stage et par la faculté à l'ETP ». Leur vision en était limitée, la réduisant le plus souvent à la délivrance d'une information aux patients, ce qui mettait en évidence la nécessité d'une formation dans ce domaine (6).

A Grenoble, trois enseignements sont proposés tous payants et chronophages : la formation de 40 heures, le diplôme universitaire d'éducation thérapeutique et le Master 2 des Méthodes d'apprentissage en santé. Aucun enseignement n'est présent au programme de la formation initiale des IMG.

Objectif de la recherche

Ce travail avait pour but de recueillir les attentes des internes de médecine générale de Grenoble tant sur le contenu que sur la forme que pourrait prendre un enseignement à l'ETP intégré à la formation initiale. En laissant les apprenants, comme lors de la construction d'un programme d'ETP, formuler leurs souhaits de formation, afin de leur proposer un enseignement qui corresponde à leurs besoins.

METHODE

Choix de la méthode qualitative

Il s'agissait d'une étude qualitative. La formulation de la question de recherche s'est inspirée de la création des programmes d'ETP au cours de laquelle une enquête de terrain est réalisée auprès des patients afin de connaître leurs attentes.

Échantillonnage

Les entretiens ont été menés auprès d'IMG de Grenoble volontaires.

Le recrutement a été réalisé par effet boule de neige, par l'intermédiaire d'internes connus par les deux investigateurs.

Les internes étaient contactés personnellement, par mail, pour solliciter leur participation et leur délivrer une information écrite sur l'étude (Annexe 1).

Recueil des données

Les données ont été recueillies lors d'entretiens semi-dirigés, collectifs et individuels jusqu'à saturation des données.

La saturation était définie comme l'absence de nouveau code au cours de deux entretiens successifs.

Les focus group ont été menés auprès de groupes de personnes qui se connaissaient préalablement afin de profiter d'une dynamique de groupe. Ils étaient menés par les deux chercheurs, l'un comme modérateur et le second en observateur. Les entretiens individuels ont été réalisés pour renforcer la validité des résultats.

La grille d'entretien a été élaborée par les investigateurs et révisée entre les focus group (Annexe 2 et 3). Une définition de l'ETP, par diaporama, a été ajoutée suite au premier focus group pour éviter l'amalgame entre éducation en santé et ETP (Annexe 4).

Les internes interrogés étaient informés au début des entretiens de l'enregistrement et de l'anonymisation des données. Les entretiens étaient enregistrés grâce à des logiciels audio sur les ordinateurs des deux chercheurs. Des données socio démographiques ont été recueillies.

Les focus group ont été réalisés soit au domicile des deux investigateurs soit à l'internat des centres hospitaliers. Les entretiens individuels ont été menés soit au domicile des personnes interrogées, soit par téléphone.

Transcription

La retranscription écrite s'est faite à l'aide du logiciel de traitement de texte Word® en reprenant au mot-à-mot la piste audio des entretiens. Chaque retranscription était effectuée par un des deux investigateurs en anonymisant les données. L'identité de la personne était remplacée par une lettre correspondant à l'entretien en cours et un numéro spécifique à chaque participant. Les données indirectement identifiantes ont également été supprimées.

La retranscription anonymisée de l'entretien auquel ils avaient participé, a été retournée par mail aux internes pour vérifier que la retranscription correspondait bien à leurs propos.

Analyse

L'analyse a été faite en description phénoménologique avec analyse thématique. Les données ont été répertoriées sous forme de codes, chacun correspondant à une idée nouvelle. L'analyse était faite par les deux investigateurs de façon indépendante (annexe 6 et 7). Ces codes ont ensuite été discutés par les deux chercheurs pour diminuer le risque de biais d'interprétation et majorer la validité de l'analyse. Les codes ont ensuite été regroupés par arborescence, en thèmes, afin d'organiser les résultats de l'étude.

Réglementation

Les données recueillies ont été conservées sur les ordinateurs des 2 investigateurs. Une déclaration au Correspondant informatique et liberté a été réalisée.

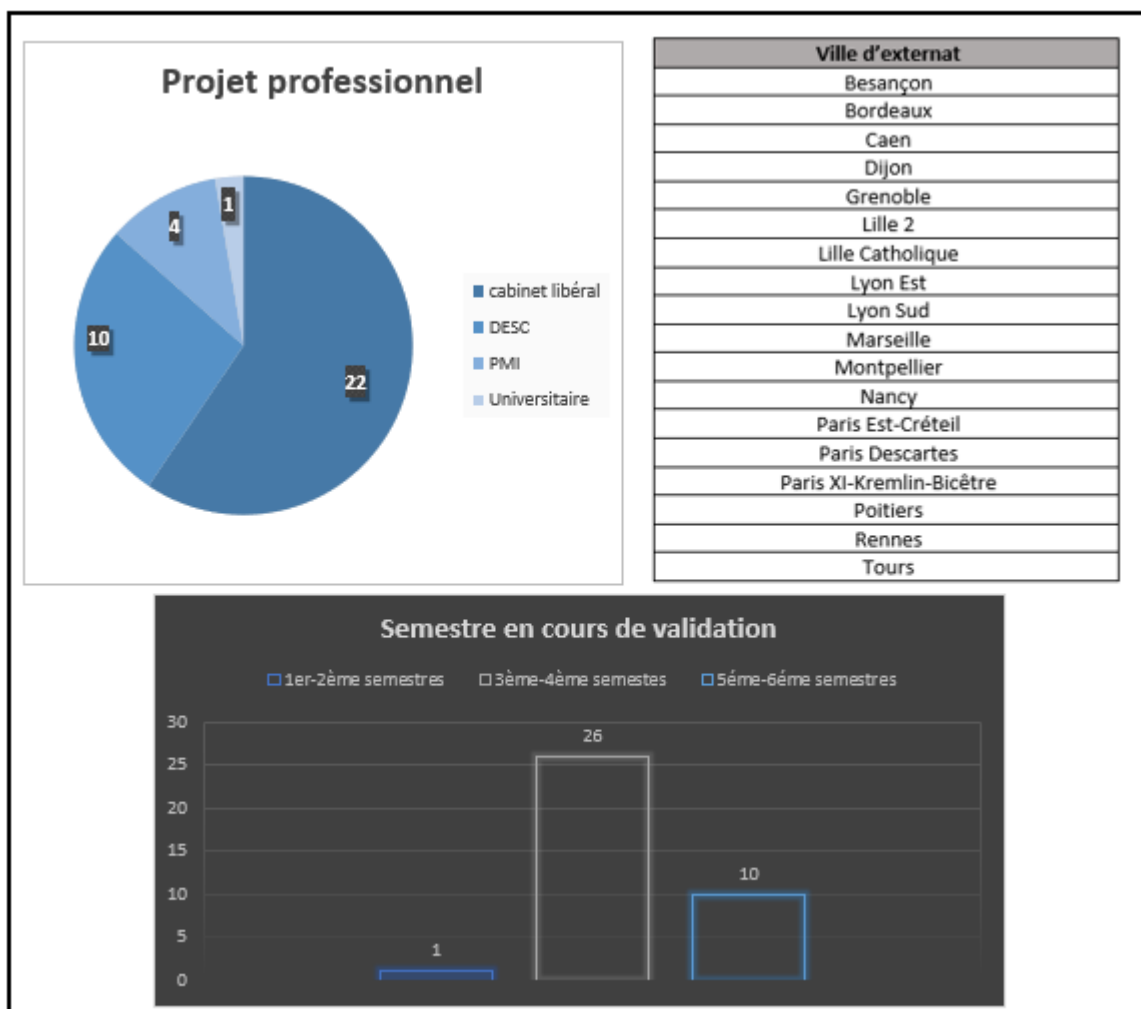
Les internes interrogés étaient informés du but de ce travail et que leurs propos seraient enregistrés puis anonymisés.

RESULTATS

Caractéristiques de l'étude

Echantillon

Au total, 37 internes ont été interrogés, tous en médecine générale à Grenoble, pour majorité des 4^{èmes} et des 6^{èmes} semestres. Ils avaient fait leur deuxième cycle dans 18 facultés différentes, mais une majorité venait de Grenoble (encadré 1).



Encadré 1 : Caractéristiques des internes interrogés

Tous les internes interrogés avaient validé, ou étaient en train de réaliser leur stage praticien de premier niveau (UPL). Leurs projets professionnels étaient variés, en majorité orientés vers la pratique de la médecine générale en cabinet libéral.

Ils étaient dix-sept à avoir déjà assisté à une séance d'ETP.

Entretiens

La grille d'entretien avait été testée sur un IMG de Lyon. Les questions n'étaient pas données à l'avance aux participants.

Le tableau 1 présentait les différentes caractéristiques des entretiens.

Au total 34 personnes contactées n'ont pas participé à l'étude, parmi elles 14 n'avaient pas répondu au mail de prise de contact. Un focus group n'a pu avoir lieu, suite au désistement, le jour même, de 2 personnes.

| | Lieu | Date | Durée de l'entretien | Nombre de participants |
|------------------------|--------------|----------|----------------------|------------------------|
| Focus group A | Domicile | 29/06/17 | 1h06min | 8 |
| Focus group B | Domicile | 10/08/17 | 1h23min | 5 |
| Focus group C | Internat | 11/08/17 | 43 min | 5 |
| Focus group D | Internat | 11/08/17 | 1h42min | 7 |
| Focus group E | Internat | 30/08/17 | 1h36min | 7 |
| Entretien individuel 1 | Domicile | 09/09/17 | 30 min | 1 |
| Entretien individuel 2 | Domicile | 10/09/17 | 18 min | 1 |
| Entretien individuel 3 | Téléphonique | 12/09/17 | 33 min | 1 |
| Entretien individuel 4 | Téléphonique | 16/09/17 | 19 min | 1 |
| Entretien individuel 5 | Téléphonique | 17/09/17 | 16 min | 1 |
| Total | | | 8h26min | 37 |

Tableau 1 : Caractéristiques des entretiens

Analyse

Aucune demande de modification de la part des participants n'a été reçue après envoi des retranscriptions.

L'analyse des verbatims (annexe 8) a mis en évidence 65 codes différents. Ces codes ont été regroupés en 7 thèmes (annexe 5). Six correspondaient aux principales caractéristiques que devaient présenter une formation à l'ETP selon les données recueillies. Le septième thème se référait aux bénéfices attendus.

I- Modalités de la formation

L'une des principales idées émises par les internes était qu'il fallait « *que la formation soit à l'image de ce que l'on apprend* » D5p8. C'est à dire qu'elle devait être un moment de partages de connaissances et d'interactions entre apprenants et enseignants et non un cours magistral.

Le moment de formation a été discuté. La PACES a été proposée une seule fois.

Aborder l'ETP au deuxième cycle présentait plusieurs avantages :

- Formaliser l'enseignement avec « *un item y a clairement le côté symbolique de la chose* » D3p3 « *et donc le côté formel* » D4p3 ;
- Sensibiliser pour savoir que ça existe et toucher toutes les spécialités « *au moins sensibiliser l'ensemble des étudiants* » D7p2
- Valoriser « *pour donner de l'importance il faut l'aborder tôt* » D3p6.

Cependant une formation dès le deuxième cycle suscitait certaines réserves. Elles portaient sur les capacités des étudiants de deuxième cycle à maîtriser certains aspects de l'ETP: « *quand on est externe [...] on a encore pas toutes les clefs la compréhension globale du patient* » B5p3.

L'absence de valorisation de l'ETP par l'examen classant national (ECN) était soulignée. « *Quand on est externe l'objectif, c'est l'ECN. Une formation qui n'apporte rien au concours, il n'y aura pas le même investissement* » B4p4.

Ainsi certains internes considéraient que le troisième cycle était plus adapté pour cette formation car « *on est plus mature* » B5p4 et « *on a plus l'expérience d'interagir* » A4p7.

Une idée émise pour arriver à une bonne maîtrise de l'ETP, était celle d'une formation en plusieurs temps : « *il y a l'ouverture : savoir ce que c'est, que ça existe et après il y a la formation en tant que telle, un peu plus conséquente* » D5p5.

Le caractère obligatoire ou non de la formation est également entré dans la discussion. « *Je pense que c'est bien qu'on ait une base, au moins, obligatoire, et puis après laisser à ceux que ça intéresse vraiment, le choix d'approfondir* » B5p6.

Sur le public visé, la position était « *que vraiment tout le monde y passe* » A8p8, puisque « *ça concerne tous les médecins* » B1p6 et que « *ça fait partie des obligations du médecin* » B4p6.

II- Une formation théorique

La formation ne pouvait être faite uniquement dans les stages, puisque leurs parcours étaient différents, les internes évoquaient « *des cours théoriques à la fac* » Z2p1. Cet enseignement restait assez flou dans sa forme.

Pour le contenu, les internes voulaient « *connaitre la base* » B5p1, aborder « *les grands axes d'éducation thérapeutique en tant que généraliste* » E6p14. Ils demandaient à savoir à quels patients s'adressait l'ETP et quels étaient les intervenants. Mais aussi, ils se questionnaient sur quand et comment réaliser l'ETP et s'il existait des rémunérations spécifiques. « *Comment ça marche, le temps que ça va me prendre, quelles ressources, est ce que je vais être rémunérée ?* » D3p5

Il leur semblait pertinent de découvrir des outils pour « *avoir quelques armes* » A4p8. Ces outils étaient « *des outils de base, des guidelines, un classeur* » A3p9 et « *des supports [...] des vidéos, [...] des schémas [...] que l'on peut remettre au patient* » E7p8. Les internes insistaient sur l'importance de la neutralité de ces outils vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique.

Ils souhaitaient également renforcer leurs connaissances sur les maladies car « *il faut déjà bien maîtriser la théorie de la maladie* » B2p4. La réalisation de « *petits cours thématiques [...] en rapport avec une des grandes maladies concernées par la spécialité* » Z3p2 leur semblait nécessaire même si certains estimaient que « *la base théorique on l'a eu à un moment donné on sait où la retrouver* » C4p7.

La question d'évoquer le cadre réglementaire a également été posée.

III- Une formation pratico-pratique à l'ETP

La mise en pratique était pour eux un élément essentiel, car c'est par elle que passe la maîtrise du sujet. « *Tu auras beau avoir 50 heures de théorie tu ne seras toujours pas bon* » B1p8.

La première étape vers la pratique de l'ETP serait de « *participer initialement en tant qu'observateur* » D3p1.

La découverte d'une séance d'ETP paraissait indispensable, car « *quand on propose de l'éducation thérapeutique à un patient, on doit au moins savoir en quoi ça consiste vraiment, et donc je pense qu'y participer c'est le meilleur moyen de le savoir.* » B4p2

Une des possibilités évoquées, pour observer ces séances d'ETP, était de « *profiter du stage UPL* » B2p4 et découvrir des associations « *telles que GRANTED ou Asalée.* » D1p7.

Il était également proposé de découvrir l'ETP durant le parcours hospitalier de l'étudiant, pour des raisons organisationnelles, plutôt « *pendant l'externat, une journée par mois d'éducation thérapeutique dans le service où tu es. [...] Et que ce soit obligatoire pour tous les stages où il y a besoin de faire de l'éducation thérapeutique* » B1p3. Le 3^{ème} cycle était une autre possibilité « *en hospitalisation de semaine [...] laisser une place intégrante à l'interne à tout ça et qui lui permette de découvrir [l'ETP]* » D6p4.

Ces observations pouvaient être régulières ou ponctuelles, ou concerner le suivi d'une semaine d'éducation ou d'un programme entier.

Certains proposaient la participation à des séances d'ETP comme une condition de validation de stage.

Des jeux de rôles ont été proposés pour « *mettre en application* » A5p6. Ils pouvaient « *se faire entre internes* » C3p5 ou « *avec des patients joués par des médecins* » C3p6.

La participation de patients était un élément essentiel : « *je pense que ces simulations, si on intègre de vrais patients, là ça peut être pertinent* » B2p5, car « *nous (les internes) on ne réfléchit pas comme les patients* » B1p5.

Certains internes contestaient la pratique même de jeux de rôles car « *il y en a plein (des internes) qui n'aiment pas, il faut pas forcer les gens* » B5p5 à cause notamment de « *la peur d'être jugé par ses collègues, se sentir écouté, observé* » C2p5

Enfin l'utilisation de support vidéo était également évoquée « *pour illustrer la théorie avant de se lancer dans la pratique* » A2p7. Mais il ne pouvait pas se substituer à la participation à une séance d'ETP car « *ça apporterait déjà moins je pense* » B2p2.

D'autres internes ne voyaient pas l'intérêt d'un tel support : « *si la médecine s'apprenait sur "YouTube" ça se saurait !* » B4p11

IV- Les Compétences

Les internes ont évoqué diverses compétences qu'ils souhaitaient acquérir ou renforcer lors d'un enseignement d'ETP. L'apprentissage de valences en communication était considéré comme un point essentiel. Ils se reconnaissaient des lacunes dans ce domaine : la « *communication compte beaucoup* » B5p12, mais « *on est pas du tout formé [...] on est très théorique* » E3p6.

Ils voulaient acquérir des techniques de communication pour « *savoir comment parler, comment s'adapter au patient, comment évaluer ce qu'il lui manque, comment lui apporter* »

D7p9. Le but était de savoir faire passer les messages les plus importants et d'être capable de mettre en lumière les informations comprises par le patient et celles qui n'étaient pas entendues : « *savoir les réorienter, de les emmener vers un but précis, en fait, de savoir recadrer les choses, mais justement sans être trop cadran, et je pense que vraiment ça, c'est pas inné, c'est quelque chose qui s'apprend, ça s'apprend par les techniques de communication.* » D3p8

Ils ont également mis en avant l'importance des « *techniques de communication, de gestion de groupe* » D2p13, pour être capable de gérer plusieurs patients en même temps.

Une meilleure communication passait aussi par une adaptation du vocabulaire pour « *savoir parler avec le patient avec des mots à sa portée* » A4p3, « *sans être trop compliqué* » C4p2, tout en gardant un discours scientifique.

Les internes soulignaient également qu'une meilleure communication passait par l'écoute de ce que dit le patient. « *On a l'impression de toucher à autre chose et que c'est quelque chose qui vient du patient* » D7p5. Qu'il fallait apprendre à « *aller poser la question au patient sur ce qui le motive, ce qui le freine* » A2p2 pour « *essayer de démasquer le mécanisme du patient* » A2p2.

Pour cela ils souhaitaient apprendre à mieux écouter le patient pour mieux « *comprendre quelles étaient leurs attentes par rapport aux maladies* » D2p3 et avoir une approche plus centrée sur le patient. Car, pour eux, l'ETP « *c'est le symbole de dire votre maladie elle est tellement importante et elle prend tellement de place dans votre vie qu'on va vous donner telle place pour en parler et pour nous donner votre ressenti* » D4p3.

La technique de l'entretien motivationnel a été évoquée pour « *être plus percutants, trouver des arguments* » C3p2 et « *avoir des arguments forts, pour le convaincre* » E7p8.

« *Apprendre à enseigner* » C1p2 a été un autre savoir évoqué dans cette étude. Les internes avaient besoin d'acquérir des compétences dans le domaine de la pédagogie. Comment « *savoir enseigner au patient, si on a pas une bonne formation sur comment enseigner* » C1p2.

Les internes exprimaient un réel besoin de maîtrise de ces diverses compétences.

V- La Pluridisciplinarité

Les internes considéraient que puisque l'ETP se pratique en collaboration avec d'autres professions de santé, il fallait être au contact de ces professionnels dès la formation.

« S'il faut travailler ensemble, alors il faut probablement être formés ensemble » Z1p5.

Ils allaient jusqu'à dire qu'une formation réservée aux médecins était moins utile.

La force principale d'une telle formation serait la complémentarité entre les différentes professions. Ils estimaient qu'en fonction de sa profession, on n'était pas confronté aux mêmes problématiques face à un patient, et que le mode de raisonnement était différent. Ainsi confronter ces points de vue divergents permettait de faire émerger de nouvelles idées : *« je pense que l'on n'aborde pas du tout le problème de la même façon, en se posant les mêmes questions et avec un point de vue totalement différent et du coup je pense qu'il y a plein d'autres questions qui vont émerger, en fonction de ce point de vue. [...] Donc ça va clairement enrichir la séance »* D3p18.

Une formation commune permettait d'uniformiser le discours entre les différentes professions, et d'éviter les contradictions qui seraient délétères à la bonne compréhension des informations par le patient. *« Une vision commune, pour ne pas avoir un discours différent sinon le patient "pète un câble" »* Z1p4.

Le rôle et la place des médecins dans l'ETP et de chacun des intervenants seraient mieux définis grâce à un enseignement pluriprofessionnel. La rencontre avec d'autres professionnels était envisagée comme une occasion de se former un réseau de soin.

Il a également été abordé que les enseignants devaient venir de plusieurs horizons, pour apporter des connaissances complémentaires et pratiques dans leurs domaines. *« L'expérience peu importe d'où elle vient elle est toujours bénéfique et bonne à prendre »* B4p14

En résumé, « *si on se dit que l'éducation thérapeutique c'est faire émerger de la ressource qui est déjà présente, ben du coup-là l'idée ce serait de faire la formation à l'image de ce qu'on veut faire et du coup ce serait juste trop bien !* » D4p18

VI- La place du patient

Le patient était considéré comme un référentiel de la formation. Il était souligné qu'« *on réfléchit pas comme les patients [...] si c'est juste entre nous, on va pas du tout avoir les mêmes questionnements et on ne fera pas du tout ressortir les mêmes choses* » B1p5.

Ainsi, pour certains, l'absence de patient pourrait être préjudiciable à la qualité de la formation.

L'intervention de patients était proposée sous forme :

- d'un témoignage
- d'une participation à des jeux de rôles.

Pour les personnes interrogées l'apport d'un patient donnait accès à des connaissances, qu'ils ne rencontraient pas dans leurs études. « *C'est des choses qu'on apprend pas dans les livres, qui sont transmises directement par le vécu* » B4p6. Ils soulignaient que justement dans l'ETP, comprendre et connaître « *le vécu et les attentes des patients : c'est la clé !* » B2p9.

Cela permettrait d'avoir « *une vision concrète de comment ça se passe côté patient* » A2p1.

Certaines réserves ont toutefois été émises sur la capacité de patients à ne pas faire de son propre vécu une généralité pour tous les autres patients.

VII- Bénéfices et sources de motivation

Pour le patient d'abord, ils évoquaient la responsabilisation du malade, « *qu'il puisse réfléchir par lui-même* » Z1p3. Le patient devait « *s'améliorer [pour] qu'il soit autonome* » Z1p2. Ils espéraient également qu'avec plus d'outils « *qu'il puisse comprendre sa maladie et qu'il accepte son traitement* » E2p2.

Les internes pensaient améliorer leur relation avec les patients grâce à l'ETP. Ils espéraient pouvoir proposer une médecine plus centrée sur le patient. Ils voulaient « *avoir une meilleure connaissance [des] patients [...] une autre écoute, une autre approche* » D1p13.

Ils ont également évoqué plusieurs avantages pour le médecin. « *Pour l'égo du médecin* » Z1p4, l'ETP pourrait apporter « *davantage de satisfaction dans le travail* » E2p13 être « *gratifiant* » Z4p3. Les internes le voyaient également comme une possibilité de « *varier le mode d'exercice [et ainsi] éviter la routine* » E1p13.

Ils espéraient profiter de cette formation pour « *être meilleur en éducation individuelle* » Z1p3.

Certains envisageaient l'ETP comme une sorte de formation continue par son partage de connaissances avec de multiples intervenants.

Enfin, il a été énoncé des bénéfices sociétaux, « *il y a un intérêt pour la sécurité sociale et du coup la société en général* » Z3p6 en modifiant le comportement des patients.

Ces différents bénéfices étaient des éléments présentés comme des arguments de motivation pour participer à un tel enseignement.

DISCUSSION

Principaux résultats

Les internes souhaitent une formation « à l'image de ce [qu'ils apprennent] » qui soit à la fois théorique mais surtout pratique. Ils souhaitent lors des enseignements théoriques découvrir le cadre réglementaire de l'ETP et acquérir des outils qu'ils pourront mettre en œuvre avec les patients. Sur le plan pratique, ils veulent pouvoir faire des stages de découverte au sein de programme d'ETP préexistants et voient le jeu de rôle et la vidéo comme des outils d'expérimentation. Ils espèrent pouvoir renforcer leurs compétences relationnelles afin de consolider la relation médecin/patient. Cette formation leur semble enrichie par la pluri professionnalité tant au sein des apprenants que de l'équipe enseignante. Le patient y tient une place centrale en tant qu'expert de sa maladie.

Forces et faiblesses

Originalité de l'étude

Cette étude est originale par son projet de recueillir les attentes des internes de médecine pour leur formation initiale à l'ETP, aucune étude similaire n'a été retrouvée en France.

Méthodologie

Vingt-neuf des trente-deux lignes directrices de la grille COREQ sont respectées.

La participation des internes a été suffisante pour arriver à saturation des données.

Recueil des données

Les deux investigateurs étaient internes en médecine générale à Grenoble. L'un d'eux avait un diplôme universitaire d'éducation thérapeutique du patient. Tous deux ont gardé un statut de pair avec les personnes interrogées pour favoriser les échanges. L'inexpérience des deux investigateurs pour la pratique des focus group a pu être préjudiciable à la qualité des entretiens. Les entretiens ont été réalisés de manière semi-dirigée et comportent donc des biais inhérents à cette méthode.

Il n'y a pas eu d'observateur pour les focus group C et D qui se sont déroulés au même moment, modérés par chacun des investigateurs.

Analyse des données

L'analyse des données par triangulation, avec un codage initial, indépendant par les deux enquêteurs, cherchait à garantir une meilleure robustesse à l'étude et éviter les biais d'interprétation des propos retranscrits.

Données de la littérature

Définir et redéfinir l'ETP

Connaitre l'existence de l'ETP semblait important pour les internes même si tous ne voulaient pas en pratiquer. Très peu en ont entendu parler au cours de leur cursus malgré l'inscription de l'ETP dans 2 items de l'ECN. Ils insistaient également sur l'importance de préciser la place de l'ETP dans les soins primaires. Le HCSP proposait des pistes en 2009 mais il n'existe pas encore de cadre légal défini (1).

Communication et relation médecin/patient

L'acquisition de compétences communicationnelles avec des outils et des techniques pour s'adapter au patient est importante pour l'ensemble des internes. En 2008, 76,5% des internes disaient rencontrer des difficultés relationnelles et 72 % déclaraient que l'enseignement universitaire qui leur avait été délivré n'était pas adapté à leurs besoins (7). Les internes espèrent pouvoir améliorer la relation médecin-malade. En effet, les objectifs de formation à la relation médecin/malade et à l'éducation en santé sont proches et se rejoignent dans les compétences communicationnelles plus particulièrement (8).

Ces difficultés communicationnelles semblent encore plus importantes dans la maladie chronique. Une formation a été construite à Genève par Slama-Chaudhry lors d'une recherche-action sur ce constat. Les axes de formation évoqués étaient similaires aux résultats de cette étude tant dans sa construction théorique que pratique (9). Les modules théoriques abordent entre autres les rôles et compétences des médecins pour le suivi des patients complexes, la communication médecin-malade, l'interdisciplinarité et l'entretien motivationnel.

L'entretien motivationnel évoqué à plusieurs reprises dans ce travail est d'ailleurs un outil qui a fait ses preuves en ETP.

D'autres compétences techniques, relationnelles, pédagogiques et organisationnelles évoquées dans cette études sont celles nécessaires pour dispenser l'éducation du patient et sont évoquées dans d'autres travaux (10) (11) (12).

Des méthodes d'apprentissages variées

Les cours théoriques, les simulations et jeux de rôles, les vidéos, l'observation et la pratique sur le terrain sont des moyens d'apprentissage qui ont été évoqués par les internes. Ces moyens d'apprentissage ont montré leur utilité dans la relation médecin/patient (13) et font partie de la boîte à outils de l'INPES (14). Une indépendance vis à vis de l'industrie pharmaceutique tant

pour la formation que les outils proposés semblent être une valeur importante pour les internes et des médecins (12).

Jeux de rôles et simulations

Les internes semblent toutefois en désaccord sur la pratique des jeux de rôles. Ils y voient un intérêt pour éviter les « crash tests » avec les premiers patients parfois traumatisants mais identifient des difficultés à le mettre en œuvre tels que le malaise ou le manque de réalisme. Il apparaît nécessaire que ces simulations soient plus réalistes avec, par exemple, la participation d'un « vrai » patient, qu'elles soient mieux préparées avec les étudiants et animées par des enseignants habitués à cette technique. Une réelle discussion doit être menée en fin de séance de façon encadrée et sans jugement de valeur (15)(16).

Une formation pluriprofessionnelle

La simulation est également aujourd'hui une méthode pédagogique utilisée dans les formations interprofessionnelles qui ont connu un essor ces 10 dernières années (17)(18). Les internes espèrent pouvoir s'enrichir des expériences et des regards des différents professionnels. Les formations interprofessionnelles ont pour but de lever les freins à la collaboration entre les différents professionnels de santé. Le cloisonnement actuel des études dans le domaine de la santé empêche la prise en charge globale du patient. Un travail collaboratif peut être rendu possible par la découverte des autres et de leurs compétences (19). Une formation interprofessionnelle a également pour objectif de définir les rôles de chacun. Sur ce point, il convient d'être prudent, les internes expriment leur souhait de se construire un bagage théorique suffisant afin de « ne pas se perdre » face aux autres professionnels de santé. En effet, dans les études médicales, l'identité professionnelle se construit d'abord avec ses pairs avant de se préciser auprès d'autres professionnels de santé (20). La formation interprofessionnelle permet alors à l'étudiant de devenir un membre d'une équipe de soin (21).

Le groupe restreint

Les internes insistent sur l'importance d'enseignements en petits groupes. Anzieu et Martin définissent le groupe restreint de 3 à 15 personnes avec un optimum de 5 personnes comme plus propice à l'apprentissage (22).

La répétition

Ils sont également plusieurs à demander un enseignement séquentiel. La répétition est importante dans le processus d'apprentissage, elle renforce la mémorisation des informations. Un enseignement isolé semble donc peu pertinent (23).

Le patient partenaire

La place du patient dans le système de soin est également remise en question, le patient devient acteur de sa santé, mais il peut aussi devenir un témoin de sa maladie et de son vécu. Des universités de patient se développent afin de proposer des formations à des patients atteints de maladies chroniques qui souhaitent s'investir dans l'éducation thérapeutique et l'enseignement. Des patients interviennent déjà dans 32 universités françaises pour partager leur vécu. L'enseignement s'appuie sur la reconnaissance des savoirs expérientiels du patient, issus de la vie avec la maladie et est complémentaire des savoirs scientifiques des professionnels de la santé. Le « Montréal Model » va plus loin et envisage le patient comme un partenaire sous trois casquettes (24):

- Le patient ressource dans un but d'amélioration de la qualité des soins
- Le patient formateur comme enseignant auprès des professionnels
- Le patient chercheur impliqué dans la recherche scientifique.

La mise en pratique

Le stage a largement été évoqué comme terrain de valorisation de l'ETP. Il leur semble important de pouvoir assister à des sessions d'ETP d'abord en tant qu'observateur. Cette phase d'observation rejoint les consignes de formation données par l'Organisation mondiale de la santé en 1998 (25).

Ouverture

Les internes ont été capables d'identifier les compétences qui leurs étaient nécessaires ayant été mis en difficulté dans leur pratique professionnelle.

Les aborder lors d'un enseignement à l'éducation thérapeutique, permettrait aux étudiants d'enrichir leurs connaissances et leurs pratiques que ce soit en ETP comme pour leur pratique future de soin.

Les résultats de cette étude peuvent servir de point de départ à une réflexion pour la création d'un apprentissage de l'ETP lors de la formation initiale en médecine générale à Grenoble.

Des entretiens devraient être menés auprès de responsables pédagogiques afin de comparer leurs attentes à celles des internes. Ces résultats pourront également être comparés aux programmes pédagogiques des autres universités.

Enfin, la généralisation d'une formation initiale à l'ETP permettrait sa valorisation dans la pratique des soins primaires et pourrait amener à définir un cadre légal de sa pratique.

CONCLUSION

Thèse soutenue par Pauline GIRARD et Kévin BRUTIN

Recueil des attentes des internes de médecine générale de l'université de Grenoble pour leur formation initiale à l'éducation thérapeutique du patient.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'est imposée dans le parcours de soins des patients atteints d'affections chroniques avec une offre de plus en plus ambulatoire. Toutefois, les médecins généralistes ne se sentent pas assez formés à cette pratique.

Cette étude explorait les attentes de trente-sept internes de médecine générale pour leur formation initiale à l'ETP afin de construire un enseignement qui réponde à leurs besoins et à la demande de soins.

La relation médecin-patient et les compétences communicationnelles ont été mises en avant car communes à la pratique de soins primaires et à l'ETP et non maîtrisées malgré les enseignements existants.

Les internes envisageaient la pluridisciplinarité comme une opportunité de définir leur rôle au sein de l'équipe de soins et de partager leurs représentations et leurs expériences. Sa mise en place nécessiterait un travail collaboratif avec les responsables pédagogiques des différentes filières de santé.

Enfin, les internes posaient la question de la place du patient au sein de l'enseignement comme un nouveau partenaire du soin ce qui se rapprocherait du Montréal model.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 05/10/17

LE DOYEN

Pour la Présidente
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Dr. Jean-Paul ROMANET

J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE

Professeur P. IMBERT

BIBLIOGRAPHIE

1. Haut conseil de santé publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. 2009.
2. Drahi É. Et si l'éducation thérapeutique des patients n'était pas à sa place ? Médecine [Internet]. 1 févr 2009 [cité 8 sept 2017];5(2):52-4. Disponible sur: http://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/et_si_l_education_therapeutique_des_patients_n_etait_pas_a_sa_place__280211/article.phtml?tab=texte
3. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. Haute autorité de santé, INPES; 2017 juin. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
4. Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. AFSP1501146A janv 23, 2015 p. 1009.
5. Foucaud F, Rostan F, Moquet M-J. État des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France [Internet]. INPES; 2006 oct [cité 8 sept 2017]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/FormationsEpS/pdf/Enquete_formation_ETP.pdf
6. Fiani M. Évaluation des connaissances des internes de médecine générale sur l'éducation thérapeutique du patient : une enquête nationale - document [Internet]. [cité 8 sept 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01388987/document>
7. Bismuth S, Stillmunkés A, Bonel S, Bismuth M, Poutrain J-C. Formation initiale à la relation médecin/patient. Enquête auprès d'internes en médecine générale. Médecine. 2011;7(8):381-5.
8. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature, Summary. Santé Publique [Internet]. [cité 17 sept 2017];19(5):413-25. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-5-page-413.html>
9. Slama-Chaudhry A. Recherche-Action: Prise en charge des maladies chroniques en Médecine Générale.
10. Décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. 2013-449 mai 31, 2013.
11. Foucaud J, Balcou-Debussche M. Former à l'éducation du patient: quelles compétences? Éd. INPES; 2008.
12. Observatoire Régional de la Santé de Midi Pyrénées. Pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées. Observatoire Régional de la Santé de Midi Pyrénées; 2010 juin.

13. Côté L, Clavet D, St-Hilaire S, Vaillancourt C, Blondeau F, Martineau B. La relation médecin-patient en médecine familiale. *Can Fam Physician* [Internet]. mai 1999;45:1250-4. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2328599/>
14. INPES. Une boîte à outils interactive pour les formateurs en éducation du patient. Communiqué de presse. 2009.
15. Delacour C. Le jeu de rôles dans le cadre de la formation à la relation médecin/patient: quel vécu pour les internes de Médecine Générale? Etude qualitative réalisée auprès d'internes de la Faculté de Médecine de Strasbourg. Thèse présentée pour le diplôme de docteur en médecine, Strasbourg; 2013.
16. Girard, Gilles, Clavet, Diane, Boulé, Richard. Planifier et animer un jeu de rôle profitable pour l'apprentissage. *Pédagogie Médicale* [Internet]. 2005;6(3):178-85. Disponible sur: <https://doi.org/10.1051/pmed:2005022>
17. Renaut P, Mancheron P, Le Duc V, Allory E, Tanguy G, Daucé L, et al. Une méthode au service de la collaboration interprofessionnelle en santé.
18. Tyrant J. Etat des lieux des formations initiales interprofessionnelles aux pratiques collaboratives à destination des étudiants en profession de santé et des méthodes pédagogiques associées en France en 2017. Université Grenoble Alpes; 2017.
19. Fiquet L, Hugé S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renaut P. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. 2015.
20. Goldie P. The formation of professional identify in medical students: considerations for educators. *Med Teach* [Internet]. 2012;34. Disponible sur: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.687476>
21. Bridges D, Davidson RA, Soule Odegard P, Maki IV, Tomkowiak J. Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Med Educ Online* [Internet]. 1 janv 2011;16(1):6035. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.3402/meo.v16i0.6035>
22. Anzieu D, Martin J-Y. La dynamique des groupes restreints. 1968;
23. Bernard J-L, Reyes P. Apprendre, en médecine (2e partie). *Pédagogie Médicale*. 2001;2(4):235-41.
24. Pomey M-P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M-C, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique* [Internet]. 2015;S1(HS):41-50. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-41.htm>
25. Organisation Mondiale de la Santé. Éducation thérapeutique du patient : programme de formation continue pour les professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques, recommandations d'un groupe de travail de l'OMS. Cph Bur Régional Pour L'Europe. 1998;

ANNEXES

Annexe 1 : Message d'information aux internes

Salut XXX

Ça va ?

On aurait besoin de ta participation pour notre thèse.

Il s'agit d'un entretien (pizzas et bières fournies) où on vous pose des questions avec 4-5 autres internes. C'est à propos de la formation en éducation thérapeutique.

Il y en a pour une heure environ.

On ferait ça à XXX.

Tu serais dispo XXX ou XXX soir dans deux semaines ?

Kevin et Pauline

Annexe 2 : Grille d'entretien initiale

1. Selon vous, que pourrait vous apporter une formation à l'ETP dans votre pratique des soins primaires ?

→ Pour vous ?

→ Pour vos patients ?

Comment une formation à l'ETP modifierait-elle votre prise en charge des patients chroniques ?

Comment envisagez-vous la pratique de l'ETP en médecine générale ? (Reformulations)

2. Quelles compétences souhaiteriez-vous acquérir ou développer au cours d'une telle formation ?

3. Comment aimeriez-vous être formé à l'ETP ?

- *A quel moment ?*
- *Selon quelles modalités ?*
- *Par quel média ?*
- *Des "mini stages" de mise en pratique doivent-ils être proposés ?*
- *Que pensez-vous d'aborder la partie administrative ?*
- *Doit-il s'agir d'une initiation ou d'une formation complète ?*

4. Selon vous qu'apporterait l'intervention d'autres professionnels de santé ? Que pensez-vous d'une formation commune avec d'autres étudiants en profession de santé ?

5. Avez-vous d'autres éléments à apporter ?

Merci de votre participation

Annexe 3 : Grille d'entretien modifiée

1. Comment aimeriez-vous être formé à l'ETP ?
2. Quelles compétences souhaiteriez-vous acquérir ou développer au cours d'une telle formation ?
3. Selon vous, que pourrait vous apporter une formation à l'ETP dans votre pratique des soins primaires ?
4. Que pensez-vous d'une formation commune avec d'autres étudiants en profession de santé ?
Selon vous qu'apporterait l'intervention d'autres professionnels de santé ?
5. Avez-vous d'autres éléments à apporter ?

Merci de votre participation

Les relances restaient les mêmes.

Annexe 4 : Définition de l'ETP donnée aux participants

La maîtrise de l'ETP fait partie des compétences obligatoires de tout médecin « traitant » selon le code de santé publique.

Définition OMS : « l'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les **compétences** dont ils ont besoin pour **gérer** au mieux leur vie avec une **maladie chronique**. »

Définition HAS : « l'éducation thérapeutique d'un patient est un processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient. Il comprend des activités **organisées** de sensibilisation, information, apprentissage... Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et de maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie avec la maladie. [...] une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils **n'équivalent pas** à une éducation thérapeutique du patient. »

On peut ainsi distinguer deux façons de faire de l'éducation :

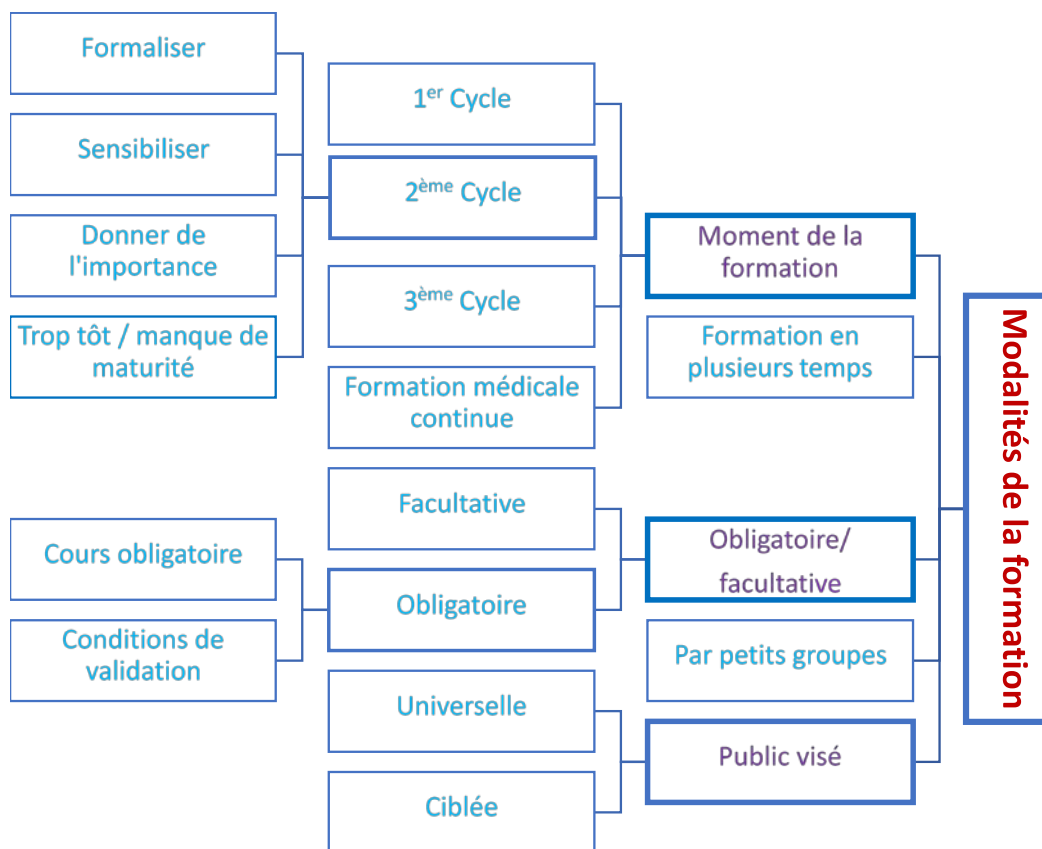
- Une éducation à la santé au cabinet, lors d'une consultation classique, qui consiste en des conseils généraux ou adapté à la situation du patient. On peut éduquer un patient sur un rhume banal.
- L'ETP, qui se réalise au sein de programme validé préalablement par l'ARS. Il s'agit d'un temps dédié où l'on ne fait que de l'éducation. Concerne uniquement les maladies chroniques. Avec un ou plusieurs patients, l'entourage d'un patient peut également participer.

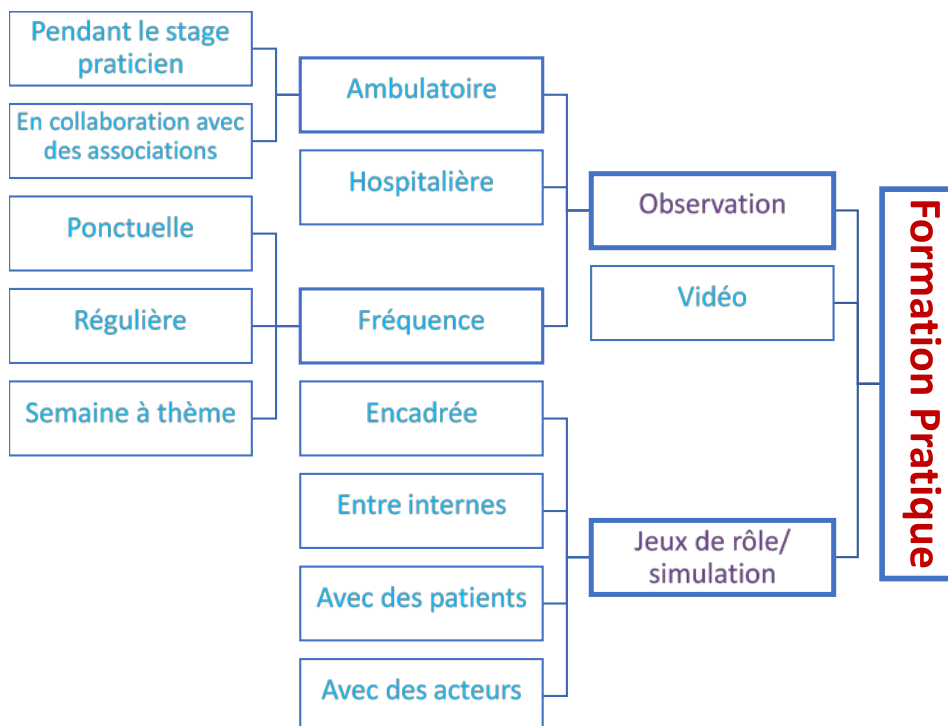
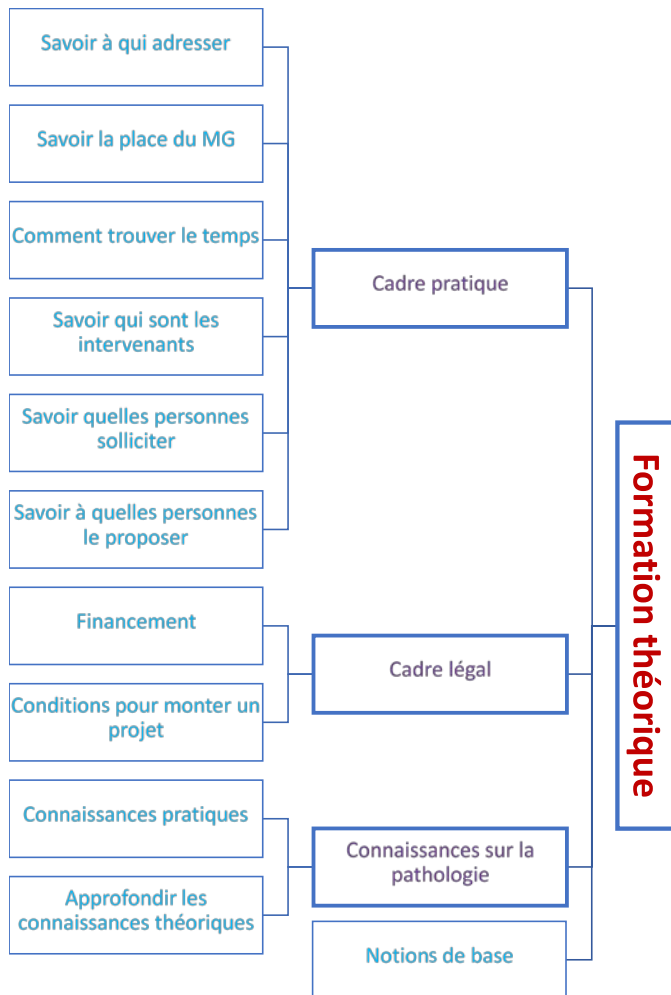
Nous parlerons aujourd'hui de l'ETP.

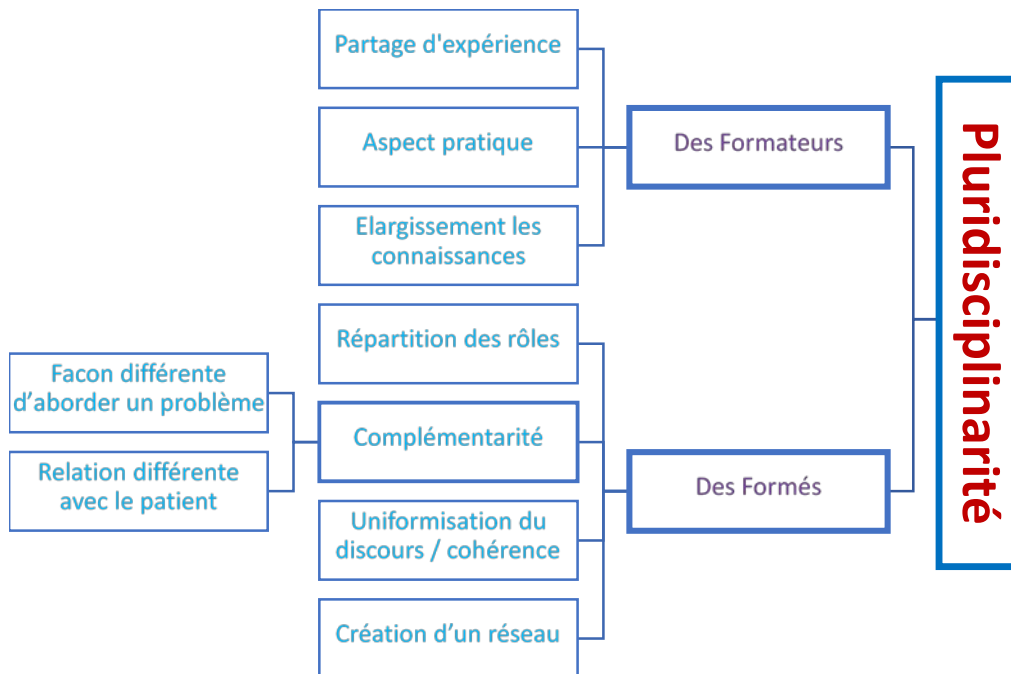
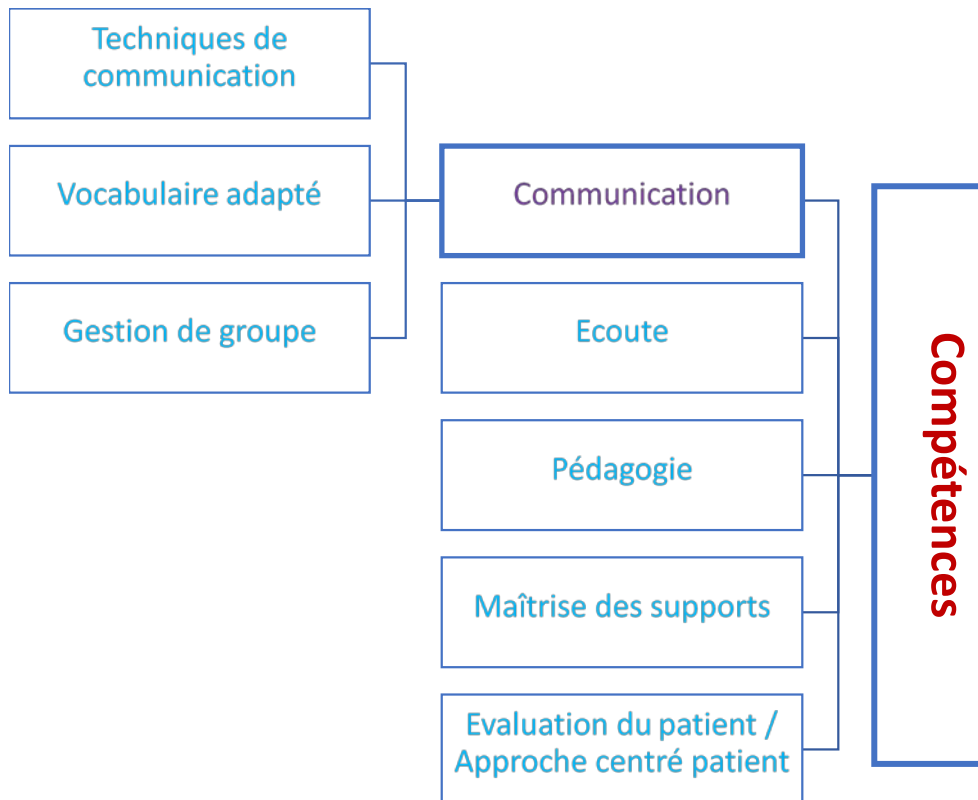
Annexe 5 : Arborescence des codes

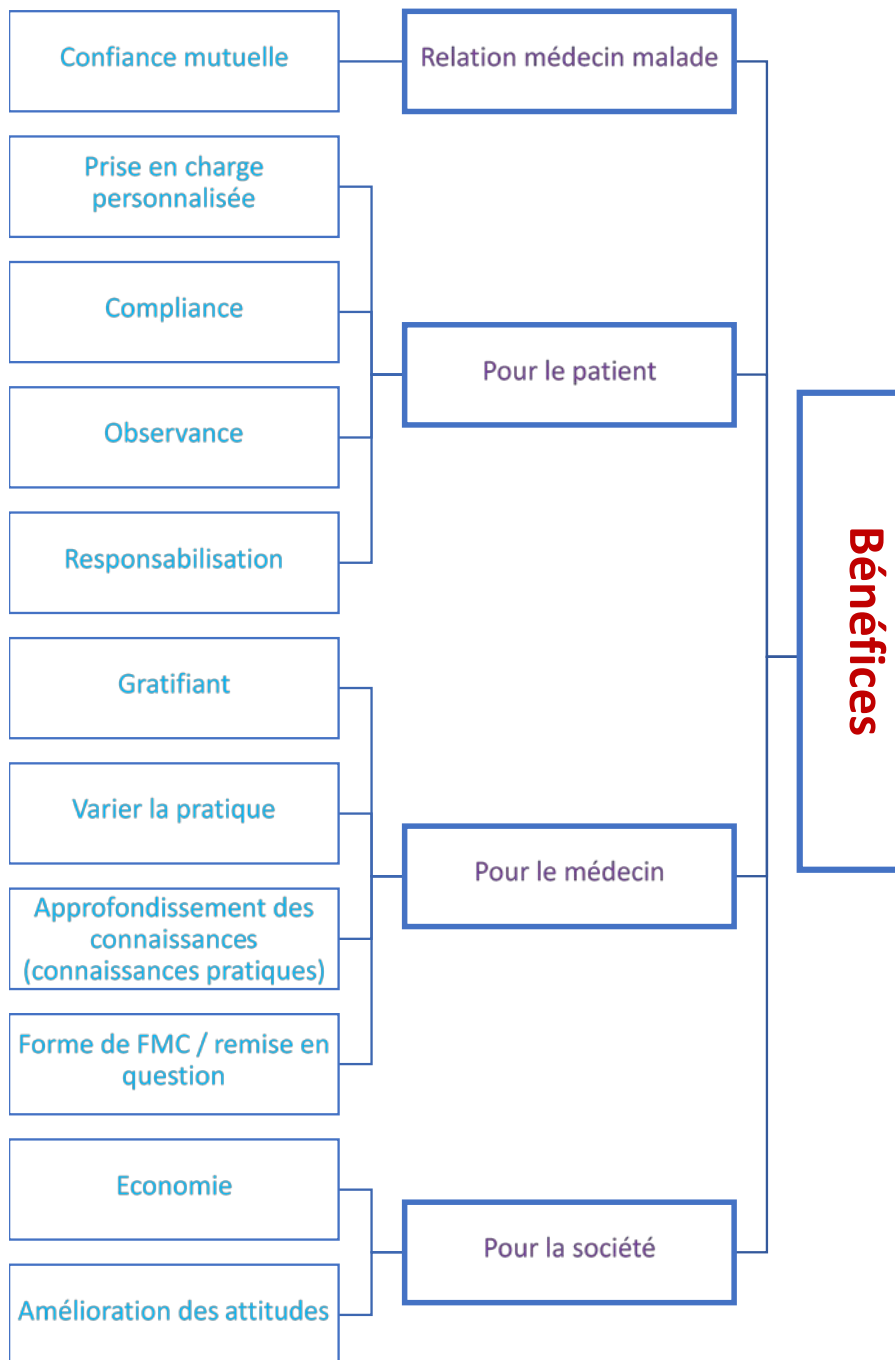
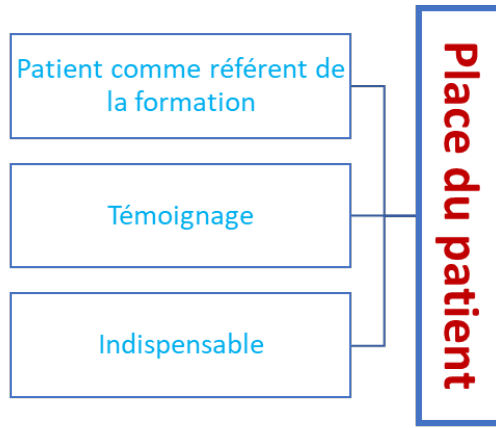
Les figures suivantes représentent l'ensemble des codes, sous-thèmes et thèmes qui ont été mis en évidence par l'analyse et la triangulation des deux chercheurs.

Pour favoriser la lisibilité, les arborescences ont été présentées par thèmes.









Annexe 6 : Codes investigateur 1

La formation en général

Dans la forme

« on est très mal formé » C2p1
« pas forcément sous forme de cours
magistral » C2p5
« faire un séminaire » B3p1
« notre formation elle manque de notions
et pratiques et théoriques » B1p2
« en séminaire » B2p9
« mettre en place des ateliers » B3p8
« délocalisée » Z5p1

Donner envie

« on apprend pas de façon intéressante »
C2p11
« c'est super compliqué » C1p7
« c'est le truc qu'on laisse un peu de côté
parce que c'est super compliqué » C4p11

En plusieurs étapes

« j'aurais bien vu ça en 2 séminaires »
A5p6
« un peu théorique, une partie un peu plus
pratique » A4p6
« condensé pour avoir le temps de plonger
dedans » A2p7
« laisser le choix d'approfondir » B5p6
« régulier » C2p6
« qu'il y ait 2 cycles » C3p7
« plusieurs ateliers où on ait la pratique et
la théorique » D5p9
« Tu commences par une journée comme
un séminaire » D1p9
« de l'inclure dans un ou deux cours qui
existent déjà comme sur le diabète » D7p6
« permise à différents niveaux » Z1p5
« plusieurs fois » Z4p2

Une découverte

« il faudrait qu'on sache que ça existe »
D1p4
« savoir que ça existe » E1p1
« éveille la curiosité » Z1p5
« le truc a raisonné à mes oreilles parce
que j'étais déjà sensibilisé » Z1p5

« j'ai l'impression que c'est confidentiel »
Z1p5

« déjà savoir que ça existe » Z3p1

Qui soit dans « l'esprit de l'ETP »

« ça doit être pluridisciplinaire et que
même la formation doit être
pluridisciplinaire » B1p14
« si on dit qu'on ne doit pas être dans la
verticalité alors l'enseignement non plus ne
peut pas être dans la verticalité [...] il
faudrait un petit peu mimer des groupes
d'éducation thérapeutique » D4p7
« il faut que l'enseignement soit à l'image
de ce qu'on apprend » D5p7
« s'il faut travailler ensemble, il faut
probablement être formés ensemble **sinon
ça n'a pas de sens** » Z1p5

Indispensable ?

« sous forme de quelque chose
d'obligatoire » A8p8
« c'est pas une compétence obligatoire à
acquérir » A1p10
« une formation plus courte obligatoire/ et
pour pouvoir approfondir [...] c'est
important d'avoir le choix » A5p11
« l'ETP c'est un peu la base comme la
communication » B1p3
« une base au moins obligatoire puis
laisser le choix d'approfondir » B5p6
« notions de bases parties intégrante du
programme pendant l'externat » B1p6
« ce qu'on va approfondir le laisser pour
des personnes que ça intéresse » B1p6
« les gens qui sont intéressés sinon ça va
peut-être les saouler » B5p6
« c'est indispensable de l'aborder » C2p3
« que ce soit proposé ou obligatoire dans la
formation de médecine générale » C3p4
« une deuxième partie qui resterait
optionnelle » C3p7
« on **doit** l'avoir dans nos études [...] ça a
toute sa place dans nos études et encore

plus en tant que médecin généraliste »
D3p7
« un enseignement obligatoire [...] même si je ne pense pas que ce soit le mieux pour apprendre concrètement » D7p2
« il faut que ce soit obligatoire » Z3p2
« j'ai du mal à envisager une prise en charge d'une maladie chronique sans éducation » Z3p2

Universel

« que vraiment tout le monde y passe, toutes les spés » A8p8
« ça concerne tous les médecins » B1p6
« obligation du médecin donc ça s'adresse à tous les externes » B4p6
« le médecin peut pas avoir tous les pouvoir pour éduquer son patient » B1p14
« ça devrait être proposé aux autres, au moins aux autres spés » C3p6
« de tous les étudiants » Z1p5
« tout le monde doit savoir que l'ETP existe » Z3p7
« un cours commun avec tous les externes » Z4p1

Pluridisciplinaire

« ca me paraît complètement logique » B2p15
« définir le rôle de chacun » B2p15
« uniformiser la formation » E3p16
« très formateur » Z2p4
« il faut à un moment donné qu'elle soit commune » Z2p4
« essentielle » Z3p7

Discours commun

« que tout le monde ait le même discours » C1p7
« cohérence des informations et homogénéité des réponse » E1p16
« une vision plus commune » Z1p4, pour ne pas avoir un discours différents sinon
« le patient pète un cable [...] c'est la cata »
« une espèce de politique commune sur quoi dire au patient » Z1p4
« une cohérence » Z3p7

Echange

« un temps d'échange avec les autres » A1p8
« voir ce que les autres ils font » A1p9
« faire intervenir les infirmières asalées et puis d'autres spécialités, des kinés » A5p13
« ça pourrait être intéressant » A5p13
« quels sont les différents intervenants, échanger avec eux » B2p2
« s'enrichir des autres professionnels » B1p14
« on a pas les mêmes compétences ce serait enrichissant » C3p6
« Il faut que les enseignants qui nous forment viennent de tous horizons[...] ça change toute la donne c'est là où c'est super enrichissant » D3p13
« nous expliquent avec leurs propres mots » E3p2
« échanger sur des problématiques différentes » E7p16
« nous aussi on peut aider les autres » E4p17
« relation directement médecin/infirmière » Z1p4
« un échange de point de vue » Z3p7
« savoir un petit peu ce que fait l'autre » E5p16

Complémentarité

« le côté pluridisciplinaire c'est ce qui serait intéressant » A1p8
« chacun apporte sa pierre à l'édifice » B1p14 B5p15
« chacun voit les choses différemment » B5p15
« voir les différences en fonction des postes » B5p15
« ce serait encore plus intéressant qu'on puisse le faire ensemble » C3p6
« cerner la maladie sous tous les rapports professionnels » Z2p4
« ils ont une vision différente de la nôtre » Z5p4
« c'est complémentaire » Z5p4

Répartition des rôles

« se répartir les rôles » E6p15
« pour une bonne répartition des rôles » Z3p7

Expertise

« les infirmières asalées elles sont expertes » A5p13
« l'expérience peu importe le métier d'où elle vient »
« du moment que c'est intéressant avec quelqu'un qui sait de quoi il parle » B4p15
« l'important c'est le paramètre de l'expérience » B4p16
« chacun profite de l'expérience des autres » C3p6
« ils sont parfois mieux formés que nous » C2p6
« ça concerne tout le monde ne serait-ce que pour avoir des dialogues avec les autres professionnels, pour avoir leur avis » D6p14
« échanger les expériences » E7p16
« le médecin a besoin des compétences de l'infirmière pour être meilleur » Z1p5
« bénéficier de leur compétences » Z2p4
« on a tout à apprendre des autres professions » Z2p5

mais

« risque de dispersion » A2p13
« des savoirs qui ne sont pas les mêmes » E5p15
« une formation théorique [...] chacun de son côté » E4 p17
« des aspects plus techniques [...] difficiles à aborder chez certaines professions » Z2p4
« quand on est externe on aura pas forcément le bagage pour s'en sortir face aux autres professionnels de santé » Z3p7

* Quand apprendre l'ETP

Externat vs Internat

« en tant qu'externe on est aussi beaucoup sur la connaissance et en tant qu'interne il y a le pas de la mise en pratique » A2p7

« il faudrait très très rapidement en parler [...] **pour donner de l'importance il faut en parler tôt** » D3p5

Externat

Pour

« c'est un peu tard d'apprendre l'ETP en tant qu'interne [...] ça **devrait** être une formation en tant qu'externe » A8p7
« pendant les séminaires tu retiens moins » A8p7
« l'ETP ça devrait faire partie des cours plus tôt et précoces » A8p7
« l'internat c'est un peu tard » A8p7
« c'est là que t'apprends plein de trucs » B1p3
« une journée par mois ou toutes les 2 semaines dans le service où tu es/ obligatoire pour tous les stages » B1p3
« la meilleure façon pour être à l'aise pour maîtriser quelque chose » B1p4
« plus on apprend tôt mieux c'est » B5p7
« au moins un petit cours » B5p7
« Pour donner du poids à quelque chose il faut le rabâcher, [...] le voir dès le début de nos études » D1p2
« peut-être la création d'un item [...] un enseignement obligatoire » D7p2
« quelque soit le médecin qu'on soit [on doit] savoir bien délivrer des informations » E4p5
« s'ouvrir à qu'est ce que c'est l'ETP » Z1p5
« rapidement dans ton cursus » Z3p1
« idéalement pendant l'externat » Z3p1
« pour donner de l'importance à quelque chose il faut le voir tôt » Z4p1

*Tronc commun aux différentes spés

« l'internat c'est un peu tard pour arriver à toucher tous les internes des différentes spés » A8p7
« Concerne toutes les spécialités » D5p2

Contre

« quand t'es externe t'as un peu cet objectif de concours » A5p7

« quand on est externe on a pas encore toutes les clés de la compréhension globale du patient » B5p3

« quand on est externe l'objectif c'est l'ECN / une **formation qui n'apporte rien au concours il n'y aura pas le même investissement** » B4p4

« c'est mieux d'avoir vu déjà un peu de toutes les pathologies » E7p5

« on voit pas beaucoup plus loin que l'ECN » Z4p1

Internat

« en tant qu'interne [...] tu choisis ce qui t'intéresse et je pense que tu intègres plus des choses que tu as choisies » A5p7

« c'est mieux de le faire maintenant, t'as plus l'**expérience d'interagir** » A4p7

« quand tu es interne tu fais déjà un peu tes armes tu vois comment [...] est ta personnalité » A4p7

« au début de l'internat ; oui au premier semestre » A4 et A5 p 8

« l'internat c'est plutôt la mise en pratique » B1p3

« maîtriser la théorie de la maladie / avoir toutes les bases » B2p4

« on est plus mature » B5p4

« on ne s'investit pas de la même façon » B5p4

« on arrive mieux à entendre les questions que posent les patients » B2p4

« on commence à être confronté, à connaître ses pathologies, à pouvoir s'entraîner avec les patients » C1p4

« s'ouvrir un peu plus à la spécialité » Z1p5

« chercher à se perfectionner » Z3p3

« on a plus l'attrance pour certaines matières » Z3p3

En formation médicale continue

« plutôt après finalement, si vous faites des urgences, l'éducation thérapeutique c'est pas trop votre truc » C4p4

« une fois que tu es installé en cabinet tu te rends comptes des difficultés » C4p4

« que ce soit reposé en formation continue » C3p5

« s'inscrire à un groupe de formation » Z1p5

Des informations théoriques

« avoir une gros bagage théorique » D1p6

« elle doit pas être que dans les stages » E5p3

« ajouter l'item 355 » E1p5

« savoir répondre aux principales questions » E4p7

« des cours théoriques à la fac [...] une base théorique » Z2p1

« avoir un petit topo là-dessus » Z3p1

« avoir des heures de cours là dessus » Z4p1

« faire un peu le point sur la théorie » Z4p2

Une définition

« avoir déjà une définition » Z2p2

« un cours qui explique l'éducation » Z3p1

En petits groupes

« en petit comité » C2p6

« en petits groupes » Z2p2

« dynamique » Z2p2

qui restent floues

« *un truc sur* le diabète » A7p5

« connaître la base » B5p1

« quels sont tous les types d'éducation thérapeutique proposés » B4p2

« savoir tous les domaines » B4p2

« quelque chose de global » C1p7

« les grands axes d'éducation thérapeutique en tant que généraliste » E6p14

« bien connaître le truc qu'on veut éduquer » Z1p1

« se former » Z1p1

Ce qu'il faut dire au patient

« l'information qui doit être délivrée au patient » E4p2

Intégrer à l'enseignement des pathologies en question

- « des connaissances sur la pathologie en question » B3p7
- « une partie spécifique sur chaque spé » C3p7
- « faut déjà qu'on ait [...] la théorie [...] par rapport à la maladie » E5p2
- « on pourrait faire cardio et puis on voit éducation aux AVK » E5p4
- « un petit peu sur certains points [...] le diabète, l'éducation aux AVK, quelques petits items » E4p5
- « des petits cours thématiques [...] en rapport avec une des grandes maladies concernées par la spécialité » Z3p2
- « des rappels sur les pathologies » Z5p2

Connaitre le patient

- « savoir déchiffrer une personnalité » A8p5
- « retour d'expérience » A2p7
- « apprendre à expliquer et interagir avec le patient » C1p7
- « la psychologie du patient » C1p7
- « trouver des clés » Z1p1

A propos du programme

- « l'aspect théorique de l'ETP, des différentes étapes » A2p7
- « a quoi ça ressemble un vrai programme » B5p1
- « quel est l'objectif » B5p1
- « La formation plus conséquente où tu sais faire de l'éducation thérapeutique, tu sais monter un programme » D5p5
- « qu'on sache mettre en œuvre un programme » Z2p1

Organisationnelles

- « comment ça marche, le temps que ça va me prendre, quelles ressources, est ce que je vais être rémunérée » D3p5

Quels patients

- « à quels patients » D5p5
- « a quels patients ca s'adresse » Z3p8
- « à quels patients ça s'adresse » Z4p1

Quels intervenants

- « quels sont les intervenants » E5p2 et p5
- « dans quelles structures [...] qu'on sache vers qui se tourner » D5p5

Quand

- « quand tu vas la caler ? [...] tu en remets un petit peu à chaque coup ? » A3p3
- « A quel moment on reconvoque notre patient à quel moment l'orienter dans le réseau » A4p4
- « comment on cale ça par rapport aux consults » E6p10

Comment

- « Formaliser [...] les étapes, [...] le diagnostic éducatif » A2p4
- « dossiers complexes à remplir » B5p1
- « sur le mise en place après » C4p3
- « savoir adresser » D4p5
- « savoir organiser une formation » E5p8
- « le déroulement, comment on monte un programme » Z4p1

Quelles rémunérations

- « les modes de financement » B5p1
- « il faudrait une cotation sécu » C4p11
- « comment est-ce qu'on est rémunéré » E1p8

Dans quel but ?

- « Quels sont les objectifs, comment ça se passe et qu'est-ce qu'il faut qu'on fasse » D2p1
- « quels sont les bénéfices pour le patients » Z4p1 et p2
- « pourquoi on le fait » Z4p2

- « Dans quel cadre » Z3p8

Justifier l'ETP

- « tu vois pas l'intérêt pratique » A5p8
- « t'as été confronté au problème » A7p8
- « ça montre que ça fait partie des compétences du médecin » B1p7
- « ça sert l'éducation thérapeutique sur des paramètres objectivables » B4p14

« une fois que tu es installé en cabinet tu te rends compte des difficultés » C4p4

➔ Avoir été mis en difficulté

« qu'on sache à quel point c'est bénéfique pour le patient » D1p4

« on voit plus l'intérêt que ça a » E3p6

Outils pratiques

« outils » A2p7

« des outils de base, des guidelines/ un classeur » A3p9

« un support écrit, un livret » A2p10

« avoir quelques armes » A4p8

« des dessins des illustrations, un support » C5p3

« Un carnet d'adresse » D4p8

« les supports » E5p2

« un outil pour savoir un petit peu où en est le patient » E4p7

« avoir des supports [...] des vidéos, [...] des schémas [...] que l'on peut remettre au patient » E7p8

Encadrement de groupe

« les techniques d'animation de groupe, comment gérer plusieurs patients » D3p8

« gérer un groupe » Z4p3

Education

« Savoir enseigner » A8p2

« savoir adapter son éducation » A8p5

« nous apprendre à éduquer » C4p1

« apprendre à savoir enseigner » C1p2

« je ne me sens pas apte à éduquer » C2p2

« Des techniques d'éducation [...] comment délivrer l'information juste » D7p8

« c'est pas inné »

« de la pédagogie un peu de base [...] on a pas été formés en pédagogie » D7p9

« savoir donner des information que je trouve essentielles » E4p7

Une formation axée sur la pratique

« c'est plus la pratique qui nous manque » D1p1

« expérimenter [...] des mises en pratique » A2p7

« faut juste faire de la pratique » B1p8

« on progresse en pratiquant » B1p8

« tu auras beau avoir 50 heures de théorie tu seras toujours pas bon » B1p8

« il faut faire de la pratique » Z1p1

« la communication c'est surtout de la pratique » Z1p1

« ensuite le mettre en pratique » Z2p1

Stages de formation /concret

« je pense que les stages c'est vraiment bien » A5p13

« le savoir-faire il arrive après avec la pratique » D1p6

« ça permet de se rendre compte » Z1p2

« c'est difficile à mettre en place » A2p10

« pratico-pratique » Z5p1

* mettre les pieds dedans

Observateur

« tu mets les pieds dedans c'est comme ça que tu apprends » A1 p6

« On fait un jour par ci par là » A3p13

« aller voir sur place » B2p1

« aller voir avec eux (les patients) sur place » B4p2

« y aller ça te forme forcément » B1p2

« être sur le terrain » B2p2

« se mettre dans l'ambiance [...] vivre les choses avec eux » B5p3

« j'aime bien toucher des idées, des façons de faire / c'est important d'avoir cette phase d'observation » C2p5

« en cas concret [...] initialement en tant qu'observateur » D3p1

« il faudrait vraiment qu'on voit des situations avec des malades » D1p7

« juste en tant qu'observatrice dans un groupe d'éducation thérapeutique » E3p1

« l'observation c'est primordial » E2p1

« indispensable d'assister à un vrai cours d'ETP /vraiment intéressant » Z1p2

« observationnelle » Z2p1
« aller le voir, aller observer » Z3p1

Puis acteur

« on expérimente » A2p7
« avoir l'opportunité de participer à des ETP » B4p1
« être acteur » B2p3
« il faut pratiquer, voir » B5p7
« le mieux c'est de participer en vrai » B5p8
« il faudrait que les médecins généralistes aillent à des séances d'éducation thérapeutique/ faire nous même un ministage » C4p3
« en tant qu'acteur » Z2p1

* au sein des stages hospitalier

« tu peux l'apprendre en stage » A6p8
« une fois par semaine pendant 1 mois ou 2 même un semestre » B1p3
« tourner sur les groupes d'ETP qui existent déjà ça peut être bien » D3p1
« faire participer des internes dans des groupes avec des médecins, [...] avec tous les paramédicaux » D1p1
« faire une ou deux semaines [de stage] d'éducation thérapeutique » D1p6
« faire une demi-journée ou une journée complète où on découvre et on participe à des séances d'éducation thérapeutique » D4p6
« faire des journées en fonction du stage » Z3p1
« tu vas voir les séances d'ETP qu'il y a dans le service » Z3p2
« en stage on aille une ou 2 fois voir des séances d'éducation thérapeutiques » Z4p1

* un pôle de stage

« ça peut complètement faire l'objet d'un stage » D3p1
« des semaines un peu à thème » E6p5

* ambulatoires

« stage avec des infirmières asalées » A5p13

* pendant l'UPL

« au sein de l'UPL ça peut se faire » A5p10
« suivre l'infirmière qui fait de l'éducation thérapeutique » C2p5
« pas faire 3 semaines mais une ou 2 consultations/ encadré » A5p13
« pendant le stage praticien » Z3p4
« pendant le stage chez le praticien » Z4p2

* dans un programme existant

« au sein de programmes d'éducation thérapeutique qui [existent déjà] » Z2p1
« suivre un programme » Z2p2
« faire des partenariats avec des associations qui font de l'ETP » Z3p3
« suivre un programme » Z3p3

* obligatoire ?

« faut que tu aies validé tant de consultations / si c'est pas officialisé faut se motiver » A5p13
« carnet d'externat, il faudrait qu'il y ait une case ETP sur ton semestre » B1p7
« obligatoire ou facile d'accès, sur la base du volontariat on le fait souvent pas » C2p5
« ça fasse partie [de] ta fiche d'évaluation [de stage] / dans les conditions obligatoires pour valider ton stage » Z3p3

« ça gênerait le patient ? »

Jeux de rôles

« des jeux de rôles » A4p6
« c'est assez intéressant, ça ne demande pas de gros moyens, ça peut se faire entre internes » C3p5
« il faudrait créer des espèces de simulations » E3p2
« des jeux de rôles » Z1p1
« on fait semblant de faire de l'ETP » Z1p1
« s'amuser à créer des situations » Z1p2
« des jeux de rôles » Z2p1
« des simulations ou des jeux de rôles » Z4p2

« faire des jeux de rôles » Z5p1

Pour éviter les patients « crash test »
« malheureusement les premiers patients
c'est un peu crash test » E3p2

Encadrés

« préparés » A4p6
« quelque chose d'encadré, qu'on te
reprenne, pour t'expliquer les choses »
B1p8
« Une bonne idée mais à plusieurs et pas
chacun dans son coin » A5p6
« des simulations filmées » C3p6

Patient « professionnel »

« tu peux faire venir des comédiens »
A8p14
« si on intègre des vrais patients ça peut
être pertinent » B2p5
« les patients ou les profs pour faire les
acteurs » B2p9
« les patients étaient joués par des
médecins qu'on ne connaissaient pas [...]
c'était plus réaliste » C3p6
« avec des gens qui sont experts » E3p2
« un acteur » E3p6
« il faudrait des patients [...] ou sinon avec
des médecins ou des professionnels
paramédicaux qui ont l'habitude de faire
de l'ETP » Z4p2
« un médecin qui fait de l'éducation
thérapeutique » Z5p1

Travailler la communication

« Mettre en application » A5p6
« on s'entraînait à poser des questions
d'une certaine manière » B2p9
« de l'entraînement » E3p2
« ça permettrait d'être meilleur en
communication » Z1p1

Inconvénients :

« c'est chaud pour (faire) le patient » A5p6
« m'agace / on est parachutés / crash
test / on ne le fait jamais (le débriefing)
pour ne pas se blesser sa personnalité »
A1p6

« c'est fictif » A5p14

« ça n'a aucun intérêt il faut le faire avec
des patients » B4p5

« on réfléchit pas comme les patients »
B1p5

« il y en a plein qui aiment pas/ faut pas
forcer les gens » B5p5

« on joue pas forcément trop le jeu / j'ai du
mal à me mettre dans la situation » C2p5

« la peur d'être jugé par ses collègues/ se
sentir écouté, observé » C2p5

« Le support vidéo » A2p7

« pour illustrer la théorie avant de se lancer
en jeu de rôles » A2p7

« sur vidéo c'est plus simple (vs les jeux de
rôles) » A3p14

« ça apporterait moins (que les stages) »
B4p2

« pas très attentif de bout en bout » B4p2

« tu peux analyser les choses, débriefer la
situation à chaud » B5p8

« pour ceux qui n'ont pas envie de
participer je pense que ça fonctionne
mieux » B5p9

« si la médecine s'apprenait sur youtube ça
se saurait » B4p11

« Un film » D1p7

« Des vidéos par exemple » D1p9

« montrer des vidéos » Z3p2

« mais pas sûr qu'on la regarde, [qu'on
soit] bien attentif » Z3p2

« qu'on nous passe une vidéo » Z4p2

La communication

« Notre communication compte
beaucoup » B5p12

« des compétences en communication »
Z3p5

« des compétences de communication »
Z5p2

Absence de formation pratique

« on est pas du tout formés » E3p6

« on est très théorique, c'est gentil mais »
E3p6

Qui met en difficulté

« il y a des difficultés à mettre en pratique » E2p6

« avec quelqu'un de spécialisé dans la communication » Z4p3

Techniques de communication

« des autres techniques de communication » A1p2

« des bases de communication » A5p4

« une petite partie théorique dans la communication » A5p6

« une partie communication » A2p7

« une façon d'apprendre à communiquer qui est différente [c'est pas inné pour tout le monde] » B5p2

« comment on peut communiquer / savoir ouvrir la discussion » B5p7

« apprendre à poser des questions ouvertes, à relancer, à savoir ouvrir » B5p7

« des cours théoriques sur la communication » B1p8

« faire évoluer notre communication » B2p9

« de l'écoute active » B2p10

« chercher à valider que la personne a compris » B2p13

« comment expliquer les choses/ les bonnes techniques » C1p2

« c'est des questions de communication » C1p2

« les techniques de communications » C3p2

« apprendre la communication **en priorité** » C1p7

« en demandant explicitement au patient » E2p2

« savoir passer le message » E5p2

« Savoir donner des informations que je trouve essentielles à mon patient » E4p7

« des techniques communicationnelles » Z1p1

« une façon de communiquer différente » Z3p5

« des outils de communication [...] des questions ouvertes, savoir relancer » Z4p3

« des éléments de langage » Z4p3

Adaptation du discours

« savoir parler avec le patient avec des mots à sa portée » A4p3

« sans être trop compliqué » C4p2

« adapter son vocabulaire, adapter sa façon d'expliquer » C4p2

« un discours clair, précis » Z1p1

« il faudrait être formé au parlé du patient » D7p4

« savoir utiliser les bons mots[...] des mots qui lui parlent » E2p2

« adapter le vocabulaire » E1p2

« il faut savoir expliquer au patient » E2p3

« de façon à ce qu'on quitte le langage scientifique » E2p7

« comment l'expliquer au patient » E1p8

« savoir adapter son discours au public » Z1p3

« un vocabulaire utile et accessible [...] adapté » Z5p2

Motiver

« trouver les leviers » A5p5

« être plus percutants, trouver des arguments » C3p2

« expliquer au patient, le faire adhérer on a pas appris » C4p7

« il faudrait apprendre des techniques de communications, [...] comment faire un entretien motivationnel » D1p8

« avoir des arguments forts, pour le convaincre » E7p8

« le faire adhérer » Z2p3

Evaluer le savoir être

« tu sous entends qu'on a pas de formation à médecin généraliste ? » C4p2

« l'évaluation finale du CCT [...] sur des difficultés de communication » E2p6

« c'est absolument jamais pris en compte » E1p6

Communiquer avec les autres professionnels

« communiquer avec plusieurs cabinets » E7p12

Relations avec d'autres professionnels de santé :

Connaissance du réseau

- « connaître les réseaux » A3p4
- « s'ouvrir les yeux au moment de la formation (sur le réseau) » A1p9
- « en médecine générale on se rend compte qu'on exerce pas tout seul » A1p9
- « ya des réseaux formels et yen a d'autres » A1p9
- « avoir une vision plus en réseau » B2p12
- « améliorer, renforcer le réseau » B4p15
- « du coup ça te permet de former ton réseau [...] de rencontrer des gens » D3p13
- « trouver d'autres alternatives (à la pratiquer soi même) » C2p3
- « a qui passer le relai » E4p7
- « resserrer les liens avec les autres professionnels de santé [...] fluidité dans les rapports » E1p14
- « des compétences [...] relationnelles avec d'autres professionnels de santé » Z2p4
- « connaître les réseaux d'ETP dans la région » Z3p7
- « avoir des contacts avec des associations de patients » Z5p3

Travail en équipe

- « pluridisciplinaire » A3p3
- « un temps d'échange / quelque chose qui puisse se construire / devenir **complémentaires** » A1p8
- « tu peux pas être le seul interlocuteur, faut vraiment être **complémentaires** » A7p8
- « on en fait tous différemment » A5p8
- « pour que le patient ait différents interlocuteurs » A5p8
- « pluridisciplinaire, dynamique » B2p12
- « quelque chose de plus global, en équipe » B2p12
- « j'ai appris à travailler avec une infirmière, avec d'autres gens » D1p1
- « s'appuyer sur d'autres professionnels de santé » D1p14
- « ça doit passer par un travail d'équipe » D1p14
- « partager [...] travailler dans le même sens » D1p14

« je vois pas en quoi ça peut être un frein » D5p14

« avoir des questions qui sont totalement différentes sur une même problématique en fonction de ta profession » D3p13

Pose le problème de la relation interprofessionnelle.

- « pas trop déséquilibrer les professions dans les effectifs » D2p14
- « tout ce qui y avoir de hiérarchique parmi tous les professionnels de santé [qu'il n'y ait pas] de professions qui prennent le pas sur les autres » D2p14
- « quelle est la place du médecin » E6p10

Le patient

Le référentiel patient

- « aller poser la question au patient sur ce qui le motive, ce qui le freine » A2p2
- « essayer de **démasquer le mécanisme du patient** » A2p2
- « avoir l'opportunité d'avoir le point de vue des patients comment ils vivent l'expérience » B2p1
- « une vision **concrète** de comment ça se passe du côté patient » A2p13
- « voir les attentes des patients/ on a des idées fausses » B5p2
- « ils n'ont pas le même référentiel que nous on va pas avoir les mêmes questionnements » B1p5
- « partager leur vécu, leur ressenti » B5p5
- « des gens qui se posent des questions parce qu'ils ont la maladie » B4p8
- « vécu et attentes des patients = **la clé** » B2p9
- « qu'est ce qu'ils attendent de ce programme » B2p9
- « on a pas notion de la douleur au réveil d'un patient » B4p10
- « savoir les questions qu'il se pose et qu'on a pas dans les livres » B4p10
- « **c'est des choses qu'on apprend pas dans des livres qui sont transmises directement par le vécu** » B4p16
- « Ça serait intéressant de voir où sont ses difficultés » C5p11

« voir ses idées reçues » C4p11
« quels sont les trucs qui lui ont fait écho »
C3p11
« j'ai appris [...] à avoir les retours des patients » D1p1
« aller chercher l'impression du patient, [...] comprendre quelles étaient leurs attentes » D2p3
« une communication plutôt horizontale » D7p3
« vouloir aller chercher l'expertise du patient » D4p4
« se mettre à la place d'un patient » E3p1
« essayer de voir les attentes qu'ils peuvent avoir » Z2p2
« comprendre les réticences » Z2p3
« poser des questions sur ses attentes » Z2p3
« il doit se sentir mieux compris » Z4p3

Le patient partenaire

- Comme acteur de la formation
« il est expert de sa maladie, il va t'apporter sa vision à lui, les problèmes qu'il a eu, voilà ce que j'aurais voulu entendre » A1p13
« faire un séminaire et inviter un patient » B1p5
« des cours avec des patients » B4p8
« en séminaire, un patient qui vient et qui parle de sa maladie » B2p9
« faire venir un patient issu d'une université de patient et le faire intervenir à la fin du cours un cours par un patient ils s'en rappelleront » D7p6
« laisser un espace aux autres pour t'apporter aussi leurs connaissances, leur mode de vie » D5p11
« les intégrer dans notre formation » E3p17
« au Canada [...] les patients viennent souvent pour parler de la maladie » E7p17
« avoir un témoignage d'un patient » Z4p4

« c'est archi chiant, c'est insupportable, t'as l'impression de lire doctissimo » C4p8

- Comme acteur de sa santé

« le patient devienne acteur de sa prise en charge » C1p2
« le patient devient son propre médecin » D5p12
« c'est lui le principal acteur de sa guérison » E4p7
« c'est vraiment lui l'acteur principal de sa maladie » Z3p5
« être mieux informé sur sa maladie » Z5p3

Autonomie du patient

« Observance et adhésion » A1p2
« une meilleure observance » B4p14
« comprendre sa maladie » B4p14
« avoir plus d'outils » B4p14
« **Réussir à lui faire comprendre que c'est pas mon problème en tant que médecin** » E7p8
« reproduire tout en comprenant » Z1p2
« s'améliorer » Z1p2
« qu'il soit autonome » Z1p2
« qu'il puisse réfléchir par lui-même » Z1p3
« dans l'objectif d'améliorer le patient » Z1p5

Tisser du lien

« renforcer le lien social entre les patients » E1p14

Des bénéfiques sociétaux

« ça coûterait moins cher à la sécurité sociale » B1p11
« il y a un intérêt pour la sécurité sociale et du coup la société en général » Z3p6

Une nouvelle spécialité ?

« faire l'objet d'un pôle [de stage] spécifique » D3p1
« l'enseigner à part comme une entité pendant l'externat » D7p6

Maitrise

« on se sent un peu plus légitime » A2p4
« une formation carrée, universelle » A8p8
« une vision concrète » A2p13

« il faut déjà bien maîtriser la maladie »
B3p7
« pour maîtriser ça (la communication) »
B5p7
« bien connaître son terrain » C1p2
« j'aime bien quand c'est carré » C4p10
« un bagage technique stable, un vrai socle » D4p1
« pour que ce soit bien fait, bien cadré »
D5p2
« avoir des bases un peu carrées » D6p5
« avoir le temps et la motivation » D5p2
« faut savoir être calé sur un grand nombre de sujet » E1p4
« savoir répondre vraiment à toutes les questions » E3p7
« une théorie 100% carrée » E3p7
« faut bien savoir soi-même maîtriser »
Z1p1
« pour que quelque chose soit maîtrisée »
Z3p2
« essayer de se perfectionner » Z3p2

Le temps

Avoir le temps dans la formation

« on a le temps [...] on a ce gros avantage du temps » A2p9
« on a pas la pression d'un planning bien rempli » A2p9
« ça perturberait pas trop le fonctionnement des services » B1p4
« qu'on soit dédouanés d'aller en stage »
B1p4
« il faudrait que nos services nous libèrent » B3p5
« on a pas le temps à l'hôpital » C1p11
« on passe notre temps à faire tourner le service » E4p2
« il faudrait libérer du temps dans les stages » E6p3

Avoir le temps avec le patient

« les thérapeutes prennent le temps avec le patient » B5p13
« les médecins ça va vite, c'est un peu à la chaîne » B5p13
« si on prend le temps de partager avec les patients » B5p13

« ça va pas forcément prendre plus de temps » B2p13
« prendre le temps avec le patient » Z3p1
« prendre un peu plus de temps » Z3p6
« qu'on prenne le temps de parler » Z5p3

Quand faire de l'ETP

« savoir si c'est opportuniste de le faire à un rendez-vous qui n'est pas dédié à ça »
A8p9

Acquisition de compétences professionnelles

Amélioration des pratiques

« être plus à l'aise » A7p2
« on se rajoute nous quelque chose » A1p2
« prendre du recul » A2p2
« ça sensibilise [...] pour avoir ce raisonnement de « le patient c'est pas juste je lui prescrit des médicaments » » A8p7
« pratiquer la médecine à l'image de l'ETP » B5p11
« on prescrit trop de médicaments parce que les patients ne sont pas éduqués »
B1p11
« je me sentais très démunie vis-à-vis des patients » C3p3
« je ne suis pas très fan de tout ce qui est pathologie chronique, je ne suis pas percutante » C3p4
« prendre les relais des spécialistes, réarticuler » C3p8
« il ne faut pas cloisonner les choses, il faut savoir l'exploiter à chaque moment de la pratique » D4p4
« se former un bon réseau » D1p5
« savoir bien communiquer, être un bon pédagogue c'est des compétences en plus qui sont utiles à tout moment » D7p12
« amélioration dans sa communication au quotidien » Z3p6
« renforcer les compétences sur la pathologie » Z5p3

Modifier sa prise en charge du patient

« aider à bien prendre en charge les gens »
A5p2

« ça peut nous apporter plein de choses, donner plein de perspectives pour la suite améliorer nos pratiques » D1p13
« améliorer la prise en charge » E1p12
« être bon en éducation du patient » Z1p3
« être meilleur en éducation individuelle » Z1p3
« avoir une meilleure prise en charge » Z2p3
« mieux prendre en charge le patient » Z2p3
« mieux soigner les patients » Z2p4
« lui laisser de la place à lui (le patient) » Z3p5
« avoir une prise en charge plus complète » Z4p3

Mieux connaître le patient

« **on est trop en mode docteur [...] se confronter à la réalité de l'attente du patient** » B5p2
« une ouverture vers le patient » B5p11
« nous ouvrir à nos patients » B5p12
« être plus à l'écoute » B5p12
« ça permet de se rendre compte si notre message passe ou pas » B5p12
« prendre l'habitude d'utiliser à certains moments l'expertise des patients » D4p12
« avoir une meilleure connaissance du patient » Z3p6

Plaisir

« Il y a un bénéfice pour le patient et pour le médecin » D7p12
« davantage de satisfaction dans le travail » E2p13
« pour l'égo du médecin » Z1p4
« un bénéfice pour toi, [c'est] gratifiant » Z4p3

« varier le mode d'exercice [...] éviter la routine » E1p13

« varier un peu son activité » Z3p6
« voir une autre facette, sortir un peu des consultations » Z5p3

Se remettre en cause

« se poser des questions à soi. [...] remettre en cause » A1p13

« sortir de la vision médecin face au patient » B2p12
« on est trop sur notre piédestal, on ne se remets pas en cause » B5p12
« on est bon pour faire des diagnostics mais expliquer et adapter le traitement pas forcément » C1p2
« la remise en question du praticien » D3p13
« ça permet de te remettre en question te dire c'est peut être pas comme ça qu'il faut s'y prendre » D2p13
« remettre à plat certaines choses[...] faire le point » E1p12

Un nouveau rôle ?

« on va plus facilement prendre ce rôle » A2p4
« on aura pas le même statut » D1p4
« le médecin il a juste, un rôle de coordonnateur » E7p9
« quel est mon rôle en tant que médecin » E6p10
« le médecin c'est irremplaçable [il] apporte les connaissances » E3p10
« un rôle important [qu']il faut définir » E1p11

Arrêter la « prise en charge paternaliste » B2p12

« on est un peu trop paternalistes » Z5p4

« Adaptabilité »

« ajuster nos conseils » B5p12
« pouvoir l'adapter à l'exercice libéral » D7p14 « pouvoir s'adapter à tous types de patient » E2p1
« qu'on sache s'adapter » E3p2
« adapter la prise en charge » Z5p3

Connaissance de l'ETP en tant que prescripteur

« quand on propose de l'éducation thérapeutique au patient on doit au moins savoir en quoi ça consiste vraiment » B4p2
« même si on ne fait pas nous même de l'ETP » D5p5
« savoir le proposer au patient » E1p1
« savoir à qui passer le relais » E4p7

« pouvoir en proposer au patient » Z4p3

Enrichissement

« c'est hyper enrichissant, c'est vraiment un gain d'expérience » D7p12

« ça nous ouvre l'esprit » E4p13

« d'enrichir nos connaissances » E7p13

« une forme de formation continue » Z4p3

Ne pas s'enfermer

« on peut très facilement s'enfermer [...] oublier qu'il y a d'autres professionnels » E4p16

La relation médecin/patient

Amélioration de la relation

« avoir la confiance du patient » A4 p2

« pour qu'ils aient envie de s'ouvrir, de parler d'aborder les problèmes » B5p7

« on est plus à l'écoute du patient » B5p11

« on ne prescrit pas juste une ordonnance, on sait ce qu'il vit au quotidien » B4p11

« la simplification à la portée du patient » D1p3

« on renforce la relation » Z1p3

« l'éducation est la clé de voute de la relation » Z1p 3

« majorer, améliorer la relation médecin patient » Z1p4

« une meilleure relation médecin patient » Z4p3

Confiance

« ça participerait à la relation de confiance entre le patient et le médecin » B4p11

Redonner confiance : « ça peut diminuer l'habitude qu'on prit les gens d'aller se réfugier dans les médecines

alternatives » « il y a toute une partie de la population qui a l'impression que les médecins sont pas assez à leur écoute, qu'ils sont sur leur piédestal, qu'on est à la botte des labos » B5p11

« ils se sentent plus en confiance, écoutés, ça majore la relation » Z1p4

« t'as plus facilement la confiance » Z3p6

Compliance

« qu'ils aient moins de rechute, moins de médicaments, moins d'effets indésirables » D1p12

« qu'il puisse comprendre sa maladie et qu'il accepte son traitement » E2p2

« les rendre compliants » Z1p3

« améliorer la qualité de prise en charge » Z1p4

« améliorer la compliance » Z1p4

« une meilleure observance au traitement » Z4p3

« ça les rend plus observants » Z5 p3

Diminution des complications

« moins de complications » D1p12

« moins de complications » Z4p3

Centrée patient

« On partirait peut être plus du patient » A1p3

« c'est le patient qui a la clé » B4p9

« le patient doit être au cœur d'un séminaire, ça doit passer par le patient » B4p9

« **si t'as pas de patient c'est nul** » B1p10

« approche centrée patient » B1p10

« peu importe mais avec des patients » B4p10

« il faut écouter ce qu'ils ont à nous dire » B5p12

« **c'est le symbole de dire votre maladie elle est tellement importante et elle prend tellement de place dans votre vie qu'on va vous donner telle place pour en parler et pour nous donner votre ressenti** » D4p3

« avoir une meilleure connaissance de tes patients [...] une autre écoute, une autre approche » D1p13

« on accorde un temps, un moment à des patients » D7p3

« une prise en charge globale, centrée sur le patient et adapter à son mode de vie » E2p12

« ils partageaient leurs expériences » E7p9

« doit s'inscrire dans sa vie » Z1p3
« pouvoir s'adapter au discours du patient » Z1p4
« prendre le patient dans sa globalité » Z1p5
« faire un point sur le patient » Z1p5
« bien cerner le patient » Z2p3

Projet professionnel

« on a tous nos caractères et nos personnalités/ ça fait partie de ta pratique » A1p10
« on a réfléchi à la façon dont on a envie de pratiquer » B5p4
« chaque médecin fait comme il veut/ ya des gens qui n'aiment pas ça ou qui ne se sentent pas » C2p3
« même aux urgences on en voit [...] on a aussi un rôle de rappel » C3p4
« avoir un projet derrière » D4p9
« c'est pas ma sensibilité personnelle » Z1p3

Comparaison annonce maladie grave

« on a eu des cours de simulations relationnelles pour annoncer les maladies graves » A8p8
« ils devaient faire l'annonce d'une maladie grave » B5p8
« on avait des espèces de simulations « annonces de mauvaises nouvelles [...] ça doit se transposer » C3p5
« on a pris beaucoup de recul sur la façon d'annoncer les maladies graves [...] maintenant c'est hypercodifié on a des formations dessus » D1p13

Autoformation ?

« la base théorique on l'a eu à un moment donné on sait où la retrouver » C4p7
« On t'explique comment aller chercher les ressources » D7p10
« on va les chercher par nous-mêmes » E4p2
« après c'est surtout de l'autoformation » E6p9
« avec tes propres recherches » Z5p2

Annexe 7 : Codes investigateur 2

| Théorie | | |
|--|--|---------------|
| E4p2. E4p7. | Savoir quelle info doit être délivrer | Communication |
| E2p2. E5p2. E1p2. Z1p1 | Utiliser les bons mots /Vocabulaire adapté | |
| E5p2. E1p7. A1p3. | Savoir faire passer un message | |
| E4p5. E2p7. E1p11. B5p2. B5p7. C4p2. C3p3. C1p9. C3p9. C1p10 C4p10. A2p2. A4p3. A5p3. A5p4. D1p9. Z1p1. Z5p2. Z3p2 | Communication / Technique de communication/ outils de communication/ poser questions ouvertes / relancer | |
| A6p5. A5p5. A7p5. A5p6. A7p5. A8p5. D7p13 | Faire la même formation que les animateurs de GAC | |
| B5p8. C2p6. B3p8. B5p8. B4p8. B2p13. D3p7. | Ateliers de communication <ul style="list-style-type: none"> - Avec patients - Filmé avec débrief - Juger sur la façon dont l'info est reçue et pas comment elle dite | |
| D3p10. D2p13. | Technique d'animation de groupe | |
| D1p4. E5p3. Z1p1.Z4p1 | Avoir une formation à la fac pour tous les internes | |
| B3p1. E5p4. A4p8. A2p8. | Sans patient | |
| B1p4. B5p5. B2p5. B4p8. B2p9. B1p10. B4p10. Z4p2 | Avec patients | |
| B2p5. Z3p2 | Avec une maladie fréquente | |
| A7p6. | Que diabète | |
| A1p9. Z5p4 Z4p2 | Avec Association | |
| A5p12. A4p12. D5p5. Z2p1. Z4p2 | En plusieurs parties | |

| | | |
|---|---|------------------------|
| E6p14. E7p14. A4p5. E7p15. | Savoir à qui/quand proposer l'ETP Proposer à l'entourage d'un patient | |
| E6 p14. E4 p7. D5p5. E5p2. E1p11. B2p2. A3p5. E5p5. B2p2. E6p10.Z3p8 | Savoir à qui adresser Savoir quelles personnes solliciter Savoir qui sont les intervenants Savoir place du Med G | Cadre légal |
| E7 p14. B4p13. C3p3. C4p3. A2p2. A3p6. A56. A7p6. D2p10 D1p14. | Savoir attirer les patients non motivés | Motiver |
| E7p15. E7p8. | Éduquer entourage pour atteindre un patient pas motivé. | |
| E5p5. E1p6. C3p6. B4p5. B1p5. B5p5. | Simulation Aucun intérêt car pas de patient | |
| E5p5. E5p8. E6p9. D3p5 Z2p2. | Comment mettre en place un programme | Cadre légal/pratique |
| E3p7. E4p7. A7p1. | Savoir répondre aux questions pratiques | |
| E1p7. C2p10. | Savoir expliquer les choses pratiques | |
| B3p1. C2p2. A3p11. | Connaissance sur la patho | |
| E6p10. E1p10. E6p11. E5p11. C4p3. A2p5. D3p5 | Modalité | Cadre légal / pratique |
| B5p1. B4p1. C1p15. C2p15. C3p15. C4p15. D5p13. | Objectif, déroulement, monter un projet | |
| B5p1. D4p13. | Financement | |
| B4p2. | Types d'ETP / pour quelles pathologies | |
| B5p6. | Garder ça pour personne intéressé | |

| | | |
|---|---|--------------|
| A2p8. D5p8 Z4p2 B4p2. B1p3. D1p8 A3p14. Z2p2. B4p11. B1p11. | Vidéo montrant de l'ETP - Non car pas d'interaction | Vidéo |
| B2p5. C3p6. C3p7. A4p7. A1p7. Z1p1. Z2p1. Z5p1. | Entre interne | Jeux de rôle |
| A5p7. B2p9. | Avec patient | |
| C2p7. B5p8. Z4p2 A5p7. A7p7. | On ne joue pas le jeu / pas d'intérêt si pas de patient | |
| E2p12. E4p12. | Evaluer ce que le patient retient | |
| D5p8. D3p10. D5p10. D7p12 | Mimer ETP / atelier pratiques | |
| C1p2. A8p2. | Savoir enseigner Technique d'enseignement | |
| C2p8. | Groupe d'échange entre interne avec un formateur une fois par mois. | |
| C1p2. | Responsabiliser le patient | |
| C3p9. D1p7 A5p6. B5p6. D1p9 Z3p2. Z4p2. | En plusieurs parties | |
| D4p8 D5p8 | Par petit groupes | |

| Pratique | | |
|---|---|--|
| B5p1. B4p1. B2p1. E3p1. E2p1. E5 p2. E6p2. E5p3. E3p5. E6p9. B2p3. B3p3. C4p4. C2p7. D1p1. D6p4. Z1p2. Z2p2. Z5p1. Z3p1 | Observer des séances d'ETP | |
| B5p3. | Suivre un programme | |
| B1p8. Z2p1 | Communication : observé puis faire en étant évalué | |
| E2p1. E1p2. E5p2. E1p11. C5p6. Z5p5 | Savoir quel support utiliser en fonction du patient. | |
| E1p8. E7p9. C5p3. | Savoir délivrer une info sur plusieurs supports : oral écrit vidéo. | |
| E6p9. Z5p2 | Avoir des support neutre | |
| E1p3. A6p9. Z4p2 | Voir ETP durant stage où on est | |
| E7 p4. E6p4. C2p6. B4p2. D1p2 | Aller avec Infirmier qui font de l'éducation Avec infirmier Azalée | |
| E7p4. | Faire une colo | |
| E5p5. | Semaine à thème | |
| B4p1. B5p4. C4p6. A5p12. A5p15. A3p16. A7p16. | Pendant le stage Prat | |
| B3p5. C4p4. A2p12. A5p15. | Mini-stage 1-2j | |
| D6p4. | Hospitalisation de semaine | |

| Moment | | |
|--|---|-------------------|
| E5p5. C5p6. E6p5. C2p5. | ETP pas adapter à toutes les futures spés | 3eme cycle |
| E4p5. B5p3. B2p4. B5p4. D4p2. C1p5. D4p7. Z5p2. A2p7. | Pas mature en 2eme cycle/ pas toutes les clefs | |
| E3p6. B4p4. A5p8. A4p9. A5p7 A5p9. Z4p1. | Pas intéressé qd externe / pas ECN | |
| B5p4. B2p4. C4p6. | Pendant stage chez le Prat 1journée ou ½ /sem. | |
| A4p9. A5p9. A8p12. Z1p2 | Obligatoire | |
| A1p12.D1p6 | Pas obligatoire | |
| B5p5. B2p6. C3p6. C2p6. A5p13. | Obligatoire puis facultatif | |
| E5p5. B1p6. B4p6. B5p7. D5p2. A8p8. A8p8. A2p8. Z3p1 | Idéalement pour sensibiliser | 2eme cycle |
| D4p3. Z1p5 | Formaliser | |
| A8p9. D7p2. D3p3.D1p7. | Créer un item ou insister dans les items concernés | |
| E4p5. D1p2 | Semaines à thème | |
| E5p5. B5p5. Z3p2 | Condition pour valider le stage faire de l'ETP ou évaluation de la | |
| E3p6. E2p6. E1p6. B1p7. | Communication car 1 ^{er} pas vers l'éducation. | |
| B3p3. B4p3. B1p4. D1p4. Z1p1. Z3p1 | Notion de base | |

| | | |
|-------------------|---|--|
| | | |
| A5p8. B1p4. | 1 journée par mois en rapport avec le stage où l'on est / allé dans une structure | |
| B1p6. Z3p1 | Obligatoire | |
| B2p4. B4p4. B2p6. | Facultatif | |
| A8p14. B1p7. D3p7 | Pendant les stages | |
| D3p6. D1p6. Z3p1 | Valoriser | |
| D3p6. | 1 ^{er} cycle | |
| C4p4. C3P5. Z1p5. | FMC | |

| Bénéfices / apport ETP (et de la formation) | | |
|--|--|--------------|
| B1p11. D1p12. Z3p6. | Economique | Pour la sécu |
| D7p9. E1p14. | Améliorer compréhension de la population | |
| D2p16. Z1p3 B4p11. B5p11. E2p12. A1p5. A2p4. A4p3. A4p2. | Relation médecin malade | Pour patient |
| Z1p3. D1p12. Z1p4. B1p11. B4p14.A1p2. A7p4. Z5p3 | Compliance /observance | |
| D7p3. D5p14. Z1p2 | Responsabilise / autonomise | |
| D4p3. Z1p4. Z2p2 A1p3. E1p12. A3p3. Z5p3 | Pec personnalisé | |
| D2p3. Z1p4. E4p13. E7p13. Z4p4 | Compréhension | |
| E6p13. D3p19. A1p9. B2p12 A3p4. | Se créer un « réseaux » | |
| D3p15. D2p16.A1p13.B2p12. | Remise en question | Pour médecin |
| D4p15. D1p16 D7p16. Z1p3.Z3p6 | Pour l'éducation au « quotidien » | |
| D7p5. E1p14. | Echange | |
| B2p12. D1p8. E2p13. Z1p4. E7p13. | Gratifiant / varie mode d'exercice | |

| Pluridisciplinarité | | | | | |
|---------------------------|--|--------------------------|--|---|------------------------|
| Théorie | | Pratique | | Bénéf | |
| E3p1. D3p17 Z1p5. Z2p2 | Formation par paramédicaux | E5p11. C3p8. A7p4. | Répartition des rôles | B2p12. B4p14. A1p10. | Vision en réseaux |
| B4p14. B2p14. | Doit être pluriD | | | B4p14. B5p14. B7p16. Z2p2 | Partage d'expérience |
| | | | | B5p14. B2p15. B1p16. C3p8. A1p10. | Partage de point de vu |
| | | | | A7p10. D6p17. D3p18. D7p18. Z1p4. Z5p4. D4p3. Z1p4. Z2p2 A1p3. E1p12. A3p3. | Complémentarité |
| B4p16. | Permet d'échanger et élargir ces connaissances | A7p3. D3p18 | Facon différente d'aborder un problème | | |
| C1 | Uniformisation du discours | A7p3. | Relation différente avec le patient | | |
| D2p14. | Problème de hiérarchie Equilibre des effectif | A7p10. Z1p4. | Med ne peut pas être le seul interlocuteur | | |
| A2p16. | Base théorique séparé | | | | |

| "Compétences" | |
|--|---------------------------------------|
| D7p11. D2p13. C1p2 | Pédagogie |
| Z2p2. D4p3. Z1p4. Z2p2 A1p3. E1p12. A3p3. | Adaptation / approche centrée patient |
| B2p10 B5p12 B5p11. D1p13. | Ecoute |
| E2p1. A2p7. A3p9. A2p10. C5p3. E5p2. E4p7. E7p8. | Utilisation de Support |
| B3p7. D4p3. Z1p4. Z2p2 A1p3. E1p12. A3p3. Z5p3. | Connaissance de la pathologie |
| D4p9 | Carnet d'adresse |

| Patients | |
|--|---|
| D7p18. | Plus légitime pour les autres patients |
| D2p18. A1p13 B1p5 | Patients expert |
| B2p9. B4p11. B1p11. B4p16. Z2p3 Z4p4 Z4p2 | Témoignage/ recueil des attentes |
| B5p8. C3p5. A8p8. D1p13. | Apprendre du patient : comme pour annonce maladie |

Annexe 8 : Verbatims des entretiens

L'ensemble des verbatims a été annexé.

Ils ont été repris au mot-à-mot et sont donc une retranscription de langage oral.

Chaque verbatim a été paginé de façon indépendante pour correspondre aux citations faites dans le texte.

A3p6 est donc une citation du participant 3 du focus group A qui se trouve page 6.

Focus Group A

A1 et A2 : Sixième semestre

A3, A4, A5, A6, A7, A8 : Quatrième semestre

Question 1 : Selon vous, que pourrait vous apporter une formation à l'ETP dans votre pratique des soins primaires ?

A7 : c'est d'être plus à l'aise quand les patients posent des questions, où là on ne sait peut-être pas répondre, des trucs bien pratiques.

A5 : et ça peut aider à bien prendre en charge les gens, même si c'est sûr que c'est une perte enfin c'est pas une perte de temps mais ça prend plus de temps en consultation au début mais je pense que ça en fait bien gagner après,

A4 : et je pense aussi que ça permet d'avoir plus la confiance de ton patient, si tu lui as bien expliqué

A1 : pour revenir là-dessus je pense que c'est aussi que s'ils comprennent mieux leur traitement ils vont y adhérer plus facilement que de mettre un mot sur une ordonnance et que pour eux c'est le petit comprimé jaune du matin. Et je pense que si on s'enlève cette approche, qu'on se rajoute nous quelque chose qu'on puisse plus expliquer sur pourquoi on fait ça, c'est l'observance et l'adhésion.

A2 : c'est plus que juste leur apporter de l'information et je pense que c'est important que nous on soit formés pour ça parce que c'est une démarche dont on a pas l'habitude, d'aller poser la question au patient sur ce qui le motive, ce qui le freine, ce qui est difficile pour comprendre vraiment son adhésion et sa compréhension de la maladie, pour essayer de, de démasquer le mécanisme du patient face à sa maladie et du coup pouvoir agir en amont de juste l'affirmation « il faut prendre parce que ça ». Pas juste l'explication et le « donc », d'aller prendre du recul et donc après d'avoir une meilleure prise en charge.

A8 : moi je pense que ça permet aussi de pouvoir enseigner puisque apprendre c'est pas forcément savoir enseigner aux gens

P : Finalement plus la partie « éduquer »

A8 : Ouais parce qu'on apprend des choses et qu'on ne sait pas forcément les restituer

A3 : c'était pour rebondir sur ce que disait A4, par rapport à avoir la confiance et une bonne prise en charge. Si le patient sent que le médecin a envie de donner les bonnes bases, de faire des choses un peu plus pratiques et que la maladie soit comprise lui aussi il a envie de retourner vers le médecin. S'il y a des choses pas comprises par exemple un patient qui a un diabète pas très bien équilibré qui se sent à l'aise et avec un médecin qui a envie de lui apprendre les choses ben il aura tendance à l'appeler ou juste faire un truc par téléphone, voilà *marmonnements*

A1 : pour rebondir sur la formation, ce qu'elle pourrait nous apporter c'est que dans tout ce qu'on dit c'est de savoir expliquer au patient ce qu'est son traitement et ce qu'il doit prendre mais euh parce que on a envie d'expliquer ce qu'on fait. Mais je me dis que la formation

justement ça pourrait nous apporter des autres techniques de communication et nous ouvrir un champ où finalement on partirait peut-être plus du patient que de partir sur ce que nous on fait et là pour le coup moi je sais que mes connaissances elles sont..., c'est du néant quoi, je sais pas. Mais voilà voir d'autres façons de faire, c'est ça qui serait intéressant.

A4 : je pense aussi que dans les techniques, je te rejoins à ce niveau-là, c'est savoir parler avec le patient avec des mots à sa portée parce que nous il y a des choses qui nous semblent évidentes, qu'on explique au patient comme on les comprend et que enfin on se dit c'est bon il a compris alors qu'on a employé pas forcément des termes très compliqués mais ça paraît pas logique dans sa... dans sa perception de la maladie comme on est pas à sa place et qu'on ne sait pas ce qu'il connaît vraiment enfin ça peut nous donner des pistes sur les explications,

P : Savoir s'adapter au patient

A7 : C'est pour ça que les infirmiers sont mieux placés en fait parce qu'ils abordent les trucs de manière plus simple, je sais pas ils ont pas le même rôle du tout que nous

A8 : peut-être parce que eux aussi ils ont fait l'effort d'avoir une formation

A7 : ouais non, peut être

A8 : c'est peut-être pour ça

A7 : mais en tant que patient c'est peut-être plus simple de parler (*aux infirmières*) de trucs qui te bloquent

A5 : et comme dit A1, on a beaucoup tendance à vouloir que ça vienne de nous, à vouloir expliquer ce que l'on fait, des fois on prend pas forcément le temps d'essayer de comprendre ce que ...

A7 : Ah ben oui

A5 : des fois juste de comprendre le pourquoi les patients ils ne font pas, des fois c'est pas qu'ils n'ont pas bien compris, ils ont très bien compris et ils ne font pas. Les choses qui les bloquent autre, je me suis dit ça peut permettre ça en développant justement des techniques de communication qu'on a pas, on est pas formé c'est sûr et puis on est beaucoup à essayer d'expliquer ce qu'on fait mais pas forcément à essayer de faire que ça vienne du patient et que ça tourne autour du patient

A6 : Après les infirmiers ils ont plus le temps et c'est des trucs consacrés à ça

A7 : ils ont la possibilité

A6 : ils ont la possibilité c'est clair ils ont c'est sûr plus de temps et de formation

A7 : mais la formation, tu vois y'en a un il fait du sevrage au tabac il a fait une journée de formation.

A6 : oui mais nous c'est même pas proposé

A7 : oui mais tu bloques sur les formations et finalement c'est pas grand-chose

A6 : c'est juste pour nous aider

A3 : moi sur ce que ça pourrait m'apporter c'est surtout aussi l'éducation thérapeutique, tu sais pas quand est-ce que tu vas la caler dans une consultation et dans un diagnostic d'annonce, tu vas refaire une consultation juste pour l'éducation thérapeutique, ça j'ai jamais vu, euh, ou est-ce que tu en remets un petit peu à chaque coup, tu vois ce qui a été compris ou est-ce que tu délègues aux infirmières. C'est compliqué parce qu'au final l'ETP c'est un truc un peu pluridisciplinaire et tu ne sais pas où tu te places par rapport à ça et que tu ne communique pas toujours euh que ce soit kiné, infirmière ou médecin, la communication elle est pas forcément toujours optimale ben je pense que c'est très difficile.

P : T'as parlé de pluridisciplinarité, de communication, de la place du médecin généraliste dans le parcours

A2 : je pense aussi que le fait d'avoir une formation ça veut dire que on se sent peut-être un peu plus légitime d'avoir ce rôle là par rapport au patient et donc on va peut-être plus facilement prendre ce rôle parce qu'on aura confiance dans nos capacités à savoir le faire

A5 : et puis je pense qu'il n'y a pas besoin de comme disait A7 d'une formation de 100h quoi je pense que juste avoir des bases comme tu dis (A7) de communication ça va nous rassurer, on aura plus confiance et on aura plus envie d'aborder et d'essayer en consultation

A7 c'est surtout qu'on part de rien (rires) on peut que s'améliorer

P : Donc en synthèse , gagner en confiance et en légitimité, se sentir plus à l'aise, et trouver la place du médecin au sein de cette pluridisciplinarité et où A7 disait qu'il y avait une grosse place, une grosse légitimité de la part des infirmières et également bien par rapport au patient, gagner en adhésion, gagner en confiance, gagner en observance du traitement et donc peut-être perdre du temps initialement pour en gagner plus tard dans la suite de la prise en charge y avait A4 qui proposait aussi un vocabulaire plus adapté, travailler la communication.

Question 2 : Quelles compétences souhaiteriez-vous acquérir ou développer au cours d'une telle formation ?

A6 : les outils de communication comme A4 disait, savoir s'adapter au patient leur dire les choses plus simplement

A8 : c'est quelles compétences dans le sens savoir quelles maladies il faut savoir expliquer ?

P : Ca peut être tout justement, qu'est-ce que ça t'évoque

A6 : est-ce que tu veux apprendre une maladie

A8 : mais est-ce que c'est dans le sens compétence quel type de maladie précise, parce que tu ne peux pas faire l'éducation de toutes les maladies

A5 : ça dépend si tu fais des techniques de communications globales

A3 : moi j'aimerais connaître les réseaux qui existent comme ce qu'elle dit, les infirmières Asalées, j'ai entendu vaguement mais je ne sais plus ce que c'est les infirmières qui font les apprentissages pour les AVK ou par exemple un patient diabétique c'est compliqué, comment tu gères, est-ce-que tu l'envoies en HDJ, plein de trucs comme ça qui existe déjà mais qui moi en sortant de l'internat je ne saurai pas.

A4 : et puis savoir du coup à quel moment on reconvoque notre patient et à quel moment l'orienter dans le réseau, pas forcément, enfin une fois qu'il a déjà eu une première éducation thérapeutique, non mais s'il a pas compris pouvoir le réorienter dans le réseau et savoir même faire le diagnostic de ce qu'il a compris

A2 : je pense que c'est important de aussi formaliser plus précisément qu'est-ce-que c'est, qu'elles sont les étapes, comment on s'y prend. Je sais que souvent aussi on parle de diagnostics éducatifs, comment, heu la définition, à quoi ça correspond, comment est-ce qu'on rebondit etc

P : Donc développer à la fois une connaissance de cette éducation thérapeutique mais aussi les compétences qui vont avec comment rebondir euh l'écoute les freins, la reformulation

A1 : moi ce que je vois aussi dans la compétence j'essaye un peu de visualiser les choses ya plein de situations différentes ya le patient à qui on a diagnostiqué une maladie et il va falloir qu'on mette tout le chambranle et là l'éducation thérapeutique si on arrive à prendre le patient

dès le départ c'est chouette, après ya celui qui s'est installé dans sa maladie je pense à l'hypertension il a déjà un traitement puis 2 et finalement on lui on rajoute un troisième et on se rend compte qu'il est perdu et on essaye de les rattraper à ce moment là et après de se dire simplement sur un renouvellement d'ordonnance ben est ce qu'on peut se permettre de prendre le temps de dire au patient, est ce que l'ETP à sa place à ce moment-là de se dire que oui d'accord ya pas de problème pendant cette consult, qu'il n'a aucune plainte fonctionnelle, que c'est des consults qui pourraient être gérées rapidement mais comment on pourrait dépister s'il prend bien son traitement et aller creuser un petit peu à ce moment-là quoi et pour moi les compétences c'est à différents moments de la maladie pour différents patients et sur différentes consultations

A7 : moi ma coloc elle a fait un truc ça s'appelle le processcom et c'est je ne sais pas si vous en avez déjà entendu parler et c'est trop bien parce qu'en fait, il classe les patients en 6 ou 7 personnalités et en fait du coup ils te donnent des astuces pour aller enfin pour les faire adhérer, en fait t'as des réactions des gens que tu peux pas euh soupçonner. Moi yen avait un il avait une mycose au pied et mon médecin lui a proposé soit d'aller chez le pédicure soit de faire lui tout seul et il préférerait faire tout seul. Tu vois ya des trucs tu te dis qu'il va se faire moins chier avec la pédicure et chacun à des réactions vraiment différentes et je pense qu'il faut juste enfin comprendre les gens et réussir à capter leur truc parce que sinon t'es totalement inefficace, ton éducation, enfin leur personnalité . C'est une formation payante elle a payé ça cher mais on devrait tous le faire.

A5 : c'est plutôt sur le versant psychologique sur la réaction des gens

A7 : savoir les classer, pour savoir comment leur dire les choses, pour savoir la personnalité de ton patient

A5 : Après ils font des grandes catégories

A7 : t'en a que 6

A8 : c'est comme dans les magazines de mode ! C'est pareil moi je rejoins A7 j'aimerais connaître quelques points pour savoir déchiffrer une personnalité pour pouvoir adapter son éducation à la personne et après du coup voir les différents stades de l'éducation pas forcément en une seule fois, un seul rendez-vous et après savoir réellement comment décortiquer l'éducation.

A7 : je pense que ça serait bien d'avoir un truc juste sur le diabète.

A5 : ça s'applique à plein de choses tout ce qui est tension artérielle, AVK,

A7 : Ya plein de type d'ETP mais le diabète c'est vraiment celui où t'as besoin

A5 : mais c'est de là que c'est parti

A3 : moi c'est par rapport heu, au patient décrocheur tu sais pas trop du coup euh je pense que l'éducation thérapeutique à un rôle primordial mais tu ne sais pas trop comment l'aborder, t'as l'impression d'être , bref, je pense que les patients décrocheurs ya une prise en charge différente et c'est un peu compliqué et que .. voilà

A5 : ça rejoint un peu ce que disait A7, trouver les leviers

A7 : ce qui va le motiver

P : l'entretien motivationnel ?

A7 : hum, ouais ça et le renforcement positif non mais c'est bête mais leur dire oui, ça va bien se passer, c'est le truc que tu ne penses pas à dire

P : Pas d'autres idées

Plutôt quelque chose d'axé sur la communication euh A3 tu évoquais le fait de connaître les réseaux qui existent, et sur les étapes, quelque chose de plus formel comme disait A2 sur euh le diagnostic éducatif, sur comment on fait les étapes différentes de l'éducation thérapeutique et puis ben sur les freins et les leviers, partir du patient et trouver ce qui pourrait l'aider dans sa prise en charge

Question 3 : Comment aimeriez-vous être formé à l'ETP ?

A4 : je dirais des jeux de rôle

A5 : c'est chaud pour (*faire*) le patient

A4 : mais un peu comme tu disais pour le process com, le patient il a un peu les réponses aux questions qu'on va lui poser mais du coup faut que les profs aient déjà préparés

A7 : toi tu peux pas faire le patient

A4 : ou faut qu'ils te mettent en situation pour que ...

A3 : un peu comme au séminaire communication, comme on avait fait

A7 : mais là tu faisais, toi tu faisais aussi le patient

A1 : moi pour les jeux de rôle ce que, je rebondis, c'est que ce qui m'agace c'est que parfois on est parachuté dans une situation et on dit ben vas y débrouille toi. Et je pense que là ce qu'il faudrait faire sur le jeu de rôle c'est en effet un qui veut bien, qui fait le crash test en premier jeu de rôle, on débriefe, parce que ça finalement on ne le fait jamais pour pas se blesser sa personnalité mais bon à un moment donné on peut voir ce qui était bien et ce qui était moins bien et je pense qu'à la rigueur celui qui fait le patient il joue une personnalité mais à la rigueur celui qui fait le médecin on lui donne une technique et on lui dit ben voilà pendant la consult tu essayes de la faire et tu vois si tu mets les pieds dedans ou pas et je trouve que c'est aussi comme ça qu'on apprend

A5 : ah ouais ça c'est pas mal

A1 : ya des fois tu vois mais ça c'est en stage où tu débriefes avec tes prats et ils te disent ben pourquoi t'as pas fait ça et toi la consultation d'après t'es bon enfant et tu te dis allez je tente tu sens que t'a été un peu ... (mouvement des mains) limite mais je pense que ça peut être vraiment intéressant d'avoir ces... enfin que c'est comme ça qu'on apprend. Aussi plutôt que de faire des jeux de rôle que personne n'ose faire même toi en tant que médecin on te donne un guideline. Tu te dis bon ben je vais essayer ça, c'est le côté sympa.

A5 : les jeux de rôle je pense que c'est une bonne idée mais à plusieurs et pas chacun dans son coin comme on faisait dans les séminaires parce que quand tu as un jeu de rôle et que tout le monde regarde t'es pas forcément, t'es pas aussi naturel que dans une consultation mais euh, non mais des jeux de rôle mais je pense que ça pourrait être pas mal d'avoir une petite partie théorique dans la communication avant, de parler des personnalités, d'essayer de définir parce que moi j'avoue que je n'ai jamais trop eu ça des personnalités avant de faire les jeux de rôle et ouais après de mettre en application et comme tu dis débriefe à 2 ou à 3 pour dire ce qui a été bien euh c'est important, faut voir. Mais je pense qu'il faut pas que ce soit trop long moi j'aurais bien vu ça en 2 séminaires euh

A3 : Hein

A5 : Non mais en ce moment ce qui existe en ETP ya de tout mais c'est des choses qui sont plus longues aussi sous forme de DU sous forme ...

A4 : Ben 2 séminaires c'est pas mal une partie un peu théorique, une partie un peu plus pratique

A2 : moi je verrais bien sur la forme euh que ce soit assez condensé pour qu'on ait le temps de plonger dedans si c'est une demi journée on a même pas le temps de s'y mettre et c'est fini et éventuellement en 2 étapes une première étape où on nous donne bien les bases et une deuxième étape où en fait entre temps on expérimente et en fait ça pourrait être une première étape en UPL et une 2^{ème} étape en SASPAS et en SASPAS du coup. On part d'une expérience et on travaille aussi sur un retour d'expérience en essayant d'avoir mis en place des outils acquis dans la première étape et je pense qu'il faut qu'il y ait et ça rejoint un peu le contenu mais qu'il y ait une partie communication outils et à la fois l'aspect théorique de l'ETP, des différentes étapes, des mises en pratique et le support vidéo, je pense que ça peut être un bon support aussi pour avoir des exemples et illustrer la théorie avant de se lancer en jeu de rôle.

A8 : moi je pense que c'est un peu tard d'apprendre l'ETP en tant qu'interne. Je trouve que moi je pense que ça devrait être quelque chose sans parler de séminaire mais que ça devrait être une formation en tant qu'externe avec des cours s'il faut en petit groupe comme ça se fait pour d'autres choses je trouve que c'est dommage d'apprendre l'éducation, que c'est un peu tardif. Et mine de rien en tant qu'externe, on apprend pas mal de chose enfin ya pas mal de choses qu'on fait en tant qu'interne qu'on a appris en tant qu'externe plus que de choses qu'on a retenu en tant qu'interne

Rires des autres

A8 : non mais pendant les séminaires tu retiens moins c'est pas comme quand derrière tu dois être à fond et tu apprends les trucs même si, c'est con, c'est bête et méchant mais ce que tu as appris par cœur tu le ressors plus facilement et l'éducation thérapeutique ça devrait faire partie de cours plus tôt et assez précoces et en plus ça sensibilise d'autant plus tôt pour avoir ce raisonnement de « le patient c'est pas juste je lui prescrit des médicament mais aussi derrière je m'assure qu'il ait compris tout » et avoir aussi ce versant éducation .

A2 : je suis d'accord avec toi sur le fait que ce soit introduit plus tôt mais après en tant qu'externe on est aussi beaucoup sur la connaissance et en tant qu'interne il y a le pas de la mise en pratique et des questions plus concrètes qui peuvent se poser.

A5 : moi j'avoue je rejoins un peu ça on a un peu une introduction en tant qu'externe, nous on avait des cours, c'était pas de l'ETP c'était de la communication, c'était très général mais on introduisait un peu ça les maladies chroniques, la communication avec le patient. Et comme le dit A2 c'est vrai que le problème quand t'es externe c'est que t'as quand même cet objectif de concours, alors bien sûr qu'on est en stage en même temps mais c'est la pratique c'est quand même moins notre priorité mais je sais pas mais je trouve qu'en tant qu'interne on a quand même moins de cours théoriques mais au final tu les choisis et tu choisis ce qui t'intéresse aussi et je pense que tu intègres plus des choses que tu as choisis vraiment d'avoir en cours théorique.

A8 : moi du coup c'est que le problème c'est que je pense que c'est très fac dépendant ce que tu as eu moi je n'ai jamais eu de formation là comme ça

A3 : oui ben voilà

A5 : oui peut être

A4 : ben après la formation commune elle nous a pas non plus été d'une grande utilité par la suite mais je trouve que c'est mieux de le faire maintenant aussi parce que tu as plus l'expérience d'interagir avec ton patient parce que quand tu es externe ton patient tu fais l'examen clinique mais c'est pas toi qui le suis vraiment qui vas lui expliquer ses traitements et quand tu es interne tu fais déjà un peu tes armes et tu vois comment toi aussi, enfin comment est ta personnalité parce que c'est important de se connaître

A8 : après c'est sûr qu'il faut avoir suffisamment de connaissance pour comprendre ce que tu fais et c'est sûr que ce serait dommage que ça rentre dans un concours parce que ça n'a pas

vocation à ça mais l'internat c'est un peu tard surtout pour arriver à toucher tous les internes de différentes spés et ...

A6 : après tu peux l'apprendre en stage quand tu es externe, tu peux l'apprendre en stage

A8 : mais du coup c'est pas une formation entre guillemets carrée et universelle entre tous les internes

A6 : oui ça c'est sûr

A4 : pis quand t'es externe je pense que y'en a pas beaucoup qui seraient motivés par ça

A5 : tu vois pas l'intérêt pratique

A4 : tu vois pas l'intérêt tout de suite même si en vrai l'intérêt il est vraiment là

A8 : oui mais par exemple en séminaire on a eu des cours de simulations relationnelles pour annoncer les maladies graves ou autre, on l'a ultra tardivement alors qu'avant tu passes en onco tho et c'est toi qui annonce les cancers et c'est un peu con et je trouve que c'est vraiment tardif tu vois quand t'arrives interne t'es baigné dans un truc et on te dit ben là tu te démerdes

A4 : Ou alors au début de l'internat

A5 : oui au premier semestre

A4 : au moins la théorie pour avoir quelques armes et ensuite tu ...

A7 : au moins t'as été confronté au problème

A8 : donc effectivement en début d'internat sous forme de quelques chose d'obligatoire que vraiment tout le monde passe, toutes les spés surtout c'est ça qu'est important c'est vraiment ça le problème parce que chaque spé est confrontée à ses problèmes et il y a des maladies chroniques dans chaque spé.

A6 : mais pas que un truc de communication, un truc général

A8 : oui voilà

A1 : ce que je pense au niveau du séminaire c'est ce qu'on a dit tout à l'heure pour le côté pluridisciplinaire c'est qui serait intéressant c'est qu'il y ait un temps d'échange avec les infirmières asalées, les kinés, ... et en fait de se dire que ben eux ils ont leurs formations et eux qu'est-ce qu'ils ont appris dans leurs formations et qu'est-ce que eux ils font vraiment parce qu'on ne sait pas ce qu'ils disent et qu'il y ait un temps d'échange enfin quelque chose qui puisse se construire j pense mais ouais qu'il y ait un temps d'échange avec les autres qui font de l'éducation thérapeutique et au final devenir complémentaires parce que je pense qu'à une personne on ne peut pas tout faire avec un patient et comme on disait tout à l'heure, le patient il dit des choses aux infirmières qu'il ne dit pas aux médecins

A7 : tu le vois bien dans le service, tu ne peux pas être le seul interlocuteur, tu ne peux pas tout dire à une seule personne

A1 : non pis ça dépend du temps où tu vas le voir ya des moments où il a pas envie de te parler

A7 : ouais faut vraiment être complémentaires

A1 : et je pense que dans ces moments-là c'est bien d'avoir

A5 : c'est intéressant qu'on en fasse tous aussi parce qu'on en fait tous différemment je pense et c'est intéressant pour le patient qu'il ait différents interlocuteurs qui le connaissent.

P : Et A1 quand tu parlais de ce côté pluridisciplinaire c'est au sein de la formation ou c'est que la formation t'apprennes à le faire ?

A1 : euh non au sein de la formation c'est de voir ce que les autres ils font pas qu'on apprennes à le faire parce que je pense qu'on va tous exercer dans des zones différentes et avoir des

techniques d'exercices différents donc après ce sera à chacun d'avoir la curiosité de voir si dans son secteur il a une infirmière Asalée, s'il est dans une maison de santé s'il est dans une maison médicale. Mais plutôt de s'ouvrir les yeux au moment de la formation mais voilà voilà ce qu'une infirmière est capable de faire et comment est-ce qu'on peut créer une relation. C'est plutôt à type d'information que de formation.

P : Et avec des autres professionnels de santé qui viendraient au sein de la formation ?

A1 : Ouais avoir un vrai temps d'échange parce qu'au final en médecine générale on se rend compte qu'on exerce pas tout seul et que je pense que si on crée des liens, ben ya des réseaux formels qui existent et yen a d'autres. Après je ne sais pas avec l'expérience que vous avez eu si vous êtes passés en UPL ou ben voilà quoi pour voir comment ça fonctionne.

A8 : après là en UPL on est rarement confrontés à réaliser une éducation thérapeutique.

A1 : ouais mais c'est savoir si t'as une infirmière asalée, si t'as déjà entendu ton prat en parler

A2 : moi je suis pas d'accord avec toi parce que je trouve que justement quand on est interne en UPL et en SASPAS, selon les SASPAS on a l'avantage d'avoir le temps mais ça dépend des stages mais souvent euh quand on a des consultations on nous laisse le temps pour pas qu'on soit en difficultés et on a un regard nouveau sur le patient donc justement le patient peut être aussi peu réceptif et se dit tient ben lui je l'ai jamais vu et ya une autre relation qui se crée que celle dont il a l'habitude avec le prat et on a ce gros avantage du temps et je pense que c'est justement le moment où il faut se lancer parce qu'on a le temps. Après quand on a la pression d'un planning bien rempli, si on a pas l'habitude, euh et qu'on a pas le réflexe de faire, ça sera plus difficile de s'y mettre

A8 : après se pose la question de savoir si c'est opportun de le faire à un rendez-vous qui n'est pas dédié à ça. L'éducation thérapeutique à un patient qui vient parce qu'il a mal au pied et tu lui parles de son hypertension ben ...

A2 : oui mais s'il vient pour son renouvellement de traitement

A5 : oui ben voilà

A2 : c'est l'occasion aussi

A8 : ouais mais par rapport au renouvellement, après le renouvellement c'est pas l'interne qui fait. En tous cas moi je ne fais pas de renouvellement je fais les urgences enfin les patients venant, ...

A2 et A5 ça dépend du stage

A7 : ouais toi ils t'ont mis plutôt des urgences

A8 : ouais moi j'ai des consults d'urgence j'ai rarement autre chose parce que le prat il connaît ses patients

A3 : t'es direct tout seul ? Bon et du coup moi je pense que ce serait bien et c'est un peu ce que A7 disait tout à l'heure d'avoir vraiment un moment pour les pathologies diabète, HTA, les trucs vraiment pratiques parce que t'es pas passé en endoc, tu connais pas enfin t'a moyennement notion du bon t'as moyennement notion du enfin,

A5 : t'as pas de notion du tout

A3 : enfin je pense que d'avoir les pathologies les plus fréquentes c'est des outils de bases, des guidelines

P : Tu parles d'outils

A3 : Ben non mais d'avoir un classeur, quoi un truc tu sais de quoi tu parles à chaque fois que tu parles du diabète t'as une liste dans ta tête de trucs que tu dois checker, quand t'as des notions vagues de l'externat et que t'y es pas passé à l'internat je pense que c'est quand même pas

évident, enfin moi clairement avant d'être allée dans le service d'endoc j'avais jamais vu un stylo.

P : Et donc tout à l'heure A2 tu parlais de faire en 2 séminaires l'un un peu plus théorique et l'autre de mise en pratique la mise en pratique tu la vois comment ?

Silence

A2 j'y ai pas trop réfléchi soit on laisse les internes très libres de mettre en application ou soit on peut aussi imaginer un espèce de support de formation en fonction des aspects théoriques qui aide l'interne à se poser des questions sur qu'est-ce qui a été difficile, un petit support écrit, un livret avec quelques situations qu'on retrace dedans, faut réfléchir aussi en fonction du contenu de la première formation et un petit crash test

P : Des mini stages ?

A2 : des ministage d'observation ? moi je pense que ça c'est bien mais que c'est difficile de mettre en place

Chuchotements

A5 : après au sein de l'UPL ça peut se faire mais pas tous en même temps quoi, il faudrait qu'en passant en UPL, encore faut-il que dans l'UPL il y ait quelqu'un qui fasse de l'ETP

A3 : Après ce serait bien que les UPL puissent faire de l'évaluation parce que tu sais quand tu te lances et qu'ils sont derrière en semi actif là qu'ils t'évaluent sur, vraiment ils prévoient une consultation d'éducation thérapeutique et ils t'évaluent

A2 : mais ya pas tant de médecins qui sont formés à l'ETP la vraie tout le monde parle un peu de sa maladie auprès du patient chronique mais ...

P : A5 toi tu disais 2 séminaires c'était 2 journées, demi journées ?

A5: 2 journées, pas trop loin pour quand tu t'inscris

A4 : ça se fait pas mal ceux où tu t'inscris et tu fais 2 journées

A3 : non mais enchainées ?

A4 : non mais comme addicto tu t'inscris à un et t'as 2 jours

A5 : un jour et ensuite un jour après

P : Et A8 toi tu parlais de le rendre obligatoire pour toutes les spés sous formes d'enseignements communs ?

A8 : un jour de formation obligatoire à se débrouiller à faire dans les 2 premiers semestres pour que tout le monde ait le temps de le faire sous forme de pseudo séminaire mais quasi obligatoires pour valider la première année

P : Vous en pensez quoi de ce côté obligatoire ?

A1 moi je ne suis pas d'accord parce que après on revient, ça pose, la définition de base c'est qu'on se dit que c'est une compétence à obligatoirement acquérir et qu'on mettra dans notre pratique ou est-ce que finalement euh ça ferait 2 formations différentes mais une journée d'initiation où on découvre les choses et que celui qui voudra l'appliquer le fera et je pense que voilà on a tous aussi nos caractères et nos personnalités et laisser la possibilité à celui qui veut vraiment se former à apprendre un peu plus à la fac et après il aura les DU et les formations,

A8 : non mais quand je dis obligatoire c'est pas des notes, c'est en terme de présence

A1 : ouais mais en fait je pense que ça fait partie de ta pratique. Si tu veux pas, enfin tu vois en médecine générale yen a qui veulent faire de la pédiatrie, yen a qui veulent faire de la gynéco euh pour moi l'ETP, ça rendre dans une compétence que tu veux développer ou pas. Tu pourras pas intéresser tous les praticiens à faire ça parce que tu rentres dans une autre relation avec le

patient pour moi il faut la base mais

A8 : après tout dépend de ce que tu mets dans ton séminaire d'éducation si c'est juste les bases des techniques et après si tu veux approfondir ben tu désignes dans ta spé ou ta surspé ce que tu veux faire mais avoir la base ça fait partie de la base qu'un médecin doit acquérir, savoir éduquer son patient c'est quand même la base c'est quand même des choses qu'il faut savoir maîtriser un petit peu

A5 : c'est quand même pas mal d'avoir une formation plus courte obligatoire

A8 : ouais mais voilà après ça dépend ce que tu mets si c'est juste pour connaître les bases techniques et avoir les outils pour bien éduquer

Approbation de A1

A8 : et bien sûr pas de note

A5 : et pouvoir approfondir après mais je pense que c'est important d'avoir le choix et qu'il y ait quand même moyen d'approfondir mais pas trop long non plus, qui reste accessible pour ceux qui ont envie d'approfondir un peu plus sans faire la formation 40h ou 50h

Approbation de A1

A5 : parce que je pense que ça freine un peu

Silence 1-2 min

P : Donc plutôt sous la forme d'un séminaire assez rapidement dans la formation mais se posait la question de le faire pendant l'externat et plutôt quelque chose en deux parties, une partie un peu plus théorique un peu de base et peut être proposer pour ceux qui veulent approfondir une deuxième partie qui permette d'avoir un peu essayé les choses et peut être d'aller plus loin dans tout ça, avec le media du jeu de rôle vraiment assez important encore cette idée de communication qui est beaucoup ressortie et le fait d'avoir des outils et un enseignement très spécifique pathologie par pathologie

A1 : après si je peux rajouter un petit truc c'est juste que j'ai pas eu la curiosité mais je ne sais pas du tout comment l'internat de médecine gé se passe dans les autres facs parce que à Grenoble nous on est organisé comme ça mais finalement je sais ce qui se fait ailleurs s'ils ont ce système de séminaires ?

A5 : si si

A8 : à Marseille ils ont des nombres de cours obligatoires, ils sont obligés d'aller à un certain nombre d'heures pour valider leur, ils choisissent parmi un certain nombre de cours mais ils ont un nombre d'heures obligatoires pour valider leur maquette

A1 : et c'est sous forme d'atelier, sous forme de cours ?

A8 : des cours magistraux t'as une liste et tu choisies ce qui t'intéresse dans la liste

A1 : Ah ouais parce que nous on a un nombre d'heure à justifier mais c'est sous forme de séminaire et on échange

A5 : je pense que ya beaucoup de fac ou tu ne choisies pas et c'est imposé, t'as des cours qui sont imposés

A4 : A Lyon c'est des cours obligatoires en fonction des stages

P : En parlant de stage est ce qu'il faudrait des prérequis pour cette formation ?

A1 : Oui faudrait être passé en UPL

A4 : pas forcément tu ne fais pas de l'éducation thérapeutique que en UPL

A2 : non pour le premier niveau mais oui pour le deuxième niveau pour faire en sorte que les

gens aient un peu expérimenté parce que même à l'hôpital on peut un peu expérimenter et c'est bête de restreindre l'initiation

A5 : oui c'est comme pour le séminaire maltraitance, ils veulent qu'on ait un cas en tête donc peut être de dire au gens d'essayer un cas où ils se sont trouvés en difficulté ou d'avoir eu un cas ou une situation.

A4 : sans parler de situations précises si t'as pas de cas en tête de situation faut pas que ça t'empêche d'y aller

A8 : mais même en temps qu'externe t'es amené à faire de l'éducation je ne sais pas si vous êtes passés dans des stages mais moi j'étais en D4 et jsuis passé en cardio on faisait un peu d'éducation thérapeutique ya des services ou t'es obligé d'être des pseudos internes

A4 : après ça dépend des stages

A8 : non mais c'est clair ça dépend vraiment des stages

A5 : ça dépend des stages quand tu passes dans des services de médecine où ils ont un peu de patients chronique en onco tout ça t'en vois forcément un peu

A4 : n'empêche que c'est pas parce que t'as pas eu de cas

A7 : ouais c'est chiant de se retrouver bloqué t'as pas forcément d'histoire

A5 : après c'est quand même plus intéressant si tu le relies à quelque chose de pratique au moins le deuxième

A7 : après si tu n'y a jamais été confronté faut au moins que tu puisses aller au séminaire

A5 : quand t'as pas la situation ça t'apporte un peu moins

Question 4 : Selon vous qu'apporterait l'intervention d'autres professionnels de santé ? Que pensez-vous d'une formation commune avec d'autres étudiants en profession de santé ? Ou par un patient expert ? Elle a déjà été en partie abordée

A4 : j'ai pas compris la dernière partie, le patient formé à sa maladie

P : Les patients expert « experts de leur maladie »

A4 : Ah oui et qui font du coup l'éducation auprès des autres patients

A6 : c'est ouf ça je savais pas que ça existait

A4 : ben déjà savoir que ça existe

A2 : moi je dis que c'est très bien

A6 : c'est trop bien d'avoir l'expérience des autres, leur ressenti

P : Des autres ?

A8 : le patient expert est-ce-qu'il saura réellement t'apprendre à éduquer ? parce que lui il connaît sa pathologie ça va être centré sur lui sur sa pathologie mais est-ce qu'il t'apprendra

A1 : c'est pas centré sur lui, lui il est expert de sa maladie et il t'aide à éduquer les autres patients qui ont la même maladie que lui, lui il va t'apporter sa vision à lui et les problèmes qu'il a eu quand on l'a éduqué et te dire le médecin il sait pas expliquer moi maintenant voilà j'aurais voulu l'entendre et donc comment tu vas expliquer à d'autres patients

A2 : et du coup il peut nous donner une vision plus concrète de comment ça se passe du côté patient qu'est ce qui est difficile, qu'est-ce qu'il a besoin et le fait de l'entendre de quelqu'un ça veut dire que

A7 : et on les trouve où ces patients experts ?

Rires

A3 : pas au CHU en tout cas

A7 : t'en as déjà vu toi ??

Rires

A8 : ben moi j'en ai vu à mon cabinet de prat y'avait un rendez-vous avec les médecins, les infirmières Asalée et des patients experts

A5 : et je pense comme tu disais enfin de faire intervenir les infirmière Asalées ça peut être intéressant pour le coup parce que elles elles sont expertes et puis d'autres spécialités s'il y a des médecins en spécialité, des kinés s'il sont formés enfin ça peut être intéressant d'avoir des personnes différentes

A6 : le truc du patient expert c'est pas mal parce qu'ils se mettent à la place des patients comme eux, ils peuvent s'identifier ça passe mieux quand c'est quelqu'un d'identique

A5 : je pense que l'idée des stages c'est vraiment bien mais après c'est pas facile à mettre en place parce que ya peut être pas assez de ...

A4 : mais quand tu dis stage ?

A5 : par exemple avec les infirmières Asalées, on est souvent en stage en UPL autour de Grenoble pas toujours mais les infirmières Asalées yen a pas qu'à Grenoble yen a partout du coup même si yen a pas dans ton cabinet à toi ya possibilité d'en trouver pas très loin et on ne te demande pas de faire 3 semaines avec elles mais de faire une ou 2 consultations je pense que ça peut permettre déjà de voir pas mal de chose en pratique ou avec un médecin qui fait de l'ETP et je pense que c'est pas mal d'assister aussi, c'est pas mal d'en parler mais c'est vrai que d'avoir en condition réelle c'est pas mal aussi

A3 : mais genre tu proposes on fait un jour par ci par là

A5 : ouais ben quand t'es en UPL moi je trouve que ça devrait être

A3 : donc c'est de la formation libre

A5 : ouais mais ça devrait être plus encadré, dans le cadre de la formation on dit qu'il y faut que tu aies validé tant de consultations

A7 : ouais sur la journée où t'allais chez les spé en UPL

A5 : mais c'est pas assez officialisé, faut se motiver et après t'as des spés qui te regardent un peu bizarre

A2 : pour réagir sur la pluri-point de vue de la formation je pense que c'est très intéressant mais je pense qu'il y a le risque de se disperser un peu donc je pense que ça doit arriver au bon moment après avoir eu suffisamment de bases théoriques et peut être plus au moment où on fait des petits ateliers et on tourne peut être qu'on pourrait tourner par petits groupes autour de différents professionnels de santé ou patients experts pour avoir des éclairages sur un contenu théorique qui a déjà été donné avant

Silence

P : D'autres idées ? Donc ça peut être quelque chose d'intéressant mais pas immédiatement. Et le patient expert apporte ce que ressent le patient.

A7 : où alors la consult elle pourrait être intégrée au séminaire un truc pratique où tu assistes et

ce serait imposé.

A5 : le problème c'est que c'est fictif dans le sens où tu aurais un professionnel de santé mais t'as pas de patient enfin tu ferais venir un patient ?

A7 : non tu assistes à un ... je sais pas à Voiron y'avait un truc où ils faisaient des groupes à 4

A8 : où tu peux faire venir des comédiens

A5 : ouais mais c'est pas pareil t'as du mal à recréer

A3 : sinon tu peux faire sur vidéo c'est plus simple

P : D'autres choses pour lesquelles la question n'aurait pas été posée

Focus Group B

B1 : 6eme semestre

B2 : 4eme semestre

B3 : 4eme semestre

B4 : 4eme semestre

B5 : 6eme semestre

Question 1 : comment aimeriez-vous être formés à l'éducation thérapeutique ?

B5 : Alors déjà je pense qu'on ne sait pas bien à quoi ça ressemble un vrai programme d'éducation thérapeutique, déjà savoir comment ça se passe, parce que je crois que c'est quelque chose de très défini. Savoir quel est l'objectif, comment ça se déroule, comment il faut le prévoir. Déjà connaître la base.

B4 : Peut-être aussi avoir l'opportunité de participer à des ETP, pour déjà voir l'organisation, comment ça fonctionne, comment ça se passe, le nombre de séances, combien de participants, comment sont choisis les participants.

B3 : Ben déjà, on pourrait commencer par faire un séminaire, comme on le fait actuellement sur Grenoble, où il faudrait s'inscrire.

B2 : En plus, il faudrait aller voir sur place comment se passe un programme d'éducation thérapeutique, avoir l'opportunité d'avoir le point de vue des patients, comment est-ce qu'ils vivent l'expérience.

B5 : Connaître également tous les modes de financement parce qu'on ne sait pas comment c'est financé, comment le médecin est rémunéré par rapport à ses programmes d'éducation thérapeutique. Je crois qu'il y a des dossiers qui sont assez complexes à remplir avec des conditions assez strictes donc ce serait bien qu'on voit et qu'on découvre ça, et les conditions de rémunération. La majorité d'entre nous, on veut faire de la médecine libérale, donc c'est un point important puisque le temps qu'on passe à faire de l'éducation thérapeutique c'est du temps où on ne fait pas de consultation.

....

K : Donc il y a déjà deux notions : une notion de formation théorique et une notion de formation pratique.

Vous auriez vu ça comment la formation pratique ?

B4 : Bah moi, je verrais ça comme lors de mon stage chez le praticien où mon praticien donnait aux patients des dates de rendez-vous avec des stages et après elle transmettait à l'infirmière Asalée où c'était elle après qui était chargée de recontacter le patient et de coordonner tout ça. Et donc ce serait bien d'avoir l'opportunité d'aller voir avec eux sur place, pour voir comment ça se passe, c'est surtout ça le plus important, vraiment une découverte sur le plan pratique. Ce serait un bon moyen déjà de découvrir, et de savoir si ça nous plairait de le faire après ou pas. Voilà, savoir comment ça se passe ? Qu'est-ce qui est dit ? Si y a différents modules ? Quand on propose de l'éducation thérapeutique à un patient, on doit au moins savoir en quoi ça consiste vraiment, et donc je pense qu'y participer c'est le meilleur moyen de le savoir.

B5 : Et je pense aussi de découvrir, ça permet de voir les attentes des patients. Parce que je pense qu'on a des idées fausses, sur ce que les patients attendent comme réponse, je pense qu'on est trop en mode docteur : on donne l'information, et je pense qu'on est très loin de ce que le patient attend réellement et des réponses qu'il attend et qu'il voudrait avoir, donc ce serait un moyen de se confronter à la réalité de l'attente du patient.

B1 : Moi, j'en ai déjà vu, donc je sais en quoi ça consiste, donc sur la partie pratique, je sais comment ça se passe. Donc je pense que d'y aller ça te forme forcément, mais c'est un peu sur le tas. Après notre formation elle manque de notions : et pratique et théorique.

B5 : Après, c'est peut-être aussi une façon d'apprendre à communiquer qui est différente, faire de l'éducation thérapeutique, c'est différent d'une consultation. Il y en a peut-être pour qui c'est inné, mais pas pour tout le monde je pense.

B4 : Déjà ce serait bien de savoir quels sont tous les types d'éducation thérapeutique proposés, est-ce qu'il y a de l'éducation thérapeutique pour la myasthénie ? Je sais pas. On sait qu'il y a sur le diabète, sur le cardio-vasculaire, mais est-ce qu'il y a de l'éducation thérapeutique pour d'autres maladies ? Donc ce serait bien de savoir tous les domaines, où on peut appliquer l'éducation thérapeutique.

B2 : Et donc ce serait aussi intéressant de profiter d'être sur le terrain pour découvrir quels sont les différents intervenants, et échanger avec eux. Et donc de voir à qui il faudrait en référer pour adresser tel ou tel patient. Et voir à quel type d'ETP, pour quel type de patient.

...

K : Sur la formation toujours sur le côté pratique : montrer des vidéos d'éducation thérapeutique apporterait des choses ?

B4 : Ce serait pas mal oui, mais c'est sûr que ça apporterait déjà moins je pense. Et puis la séance d'éducation thérapeutique de 3h, si on y va, on va être attentif, alors que si on nous dit vous avez une vidéo de 3h à regarder, je suis pas sûr que je la regarde, du tout pas très attentif de bout en bout.

B1 : Vaut mieux aller voir de l'éducation thérapeutique une fois par semaine pendant 1 ou 2 mois ou même pendant un semestre, pendant le stage praticien par exemple.

B5 : Je pense c'est différent, si on fait un vrai programme d'éducation thérapeutique du début à la fin, où les patients sont convoqués pendant trois ou quatre séances, ça nous permet de nous mettre dans l'ambiance de voir ce qui se passe. Comment les gens changent en fonction des jours, et ça nous permet de vivre les choses avec eux. Parce que je pense que les patients eux même changent au fur et à mesure du programme. Je pense que de vivre ça, permet de voir vraiment la finalité et voir ce que ça apporte, voir si les gens sont contents à la fin, si ça leur a apporté des choses, donc c'est très différent.

B2 : Ça permet d'être acteur et du coup de comprendre le vrai fonctionnement de l'ETP.

B3 : Je pense qu'on se pose pas les mêmes questions quand on est dans le truc, que quand on regarde de l'extérieur via une vidéo.

...

K : Et donc plutôt à quel moment dans votre formation ?

B3 : Ba déjà découvrir ça pendant l'externat

B4 : oui voilà ! (Rires)

B1 : Ben oui, pendant l'externat, c'est là que tu apprends plein de trucs, alors que dans l'internat c'est plutôt la mise en pratique. Donc y a des choses, je comprends pas qu'on ne les apprenne pas pendant l'externat, dont l'éducation thérapeutique en fait partie. Pour moi c'est un peu la base, c'est comme la communication avec les patients. Pour moi c'est d'un intérêt très limité si on découvre ça à la fin de l'internat, genre une semaine avant ta thèse. On sera pas capable de s'en servir en pratique une fois qu'on sera docteur. Alors que c'est important.

B5 : Après, moi, je pense que l'externat ça peut être un peu tôt, moi j'avais fait une demi-journée sur l'éducation thérapeutique et j'ai totalement oublié à quoi ça correspond. Et donc je pense que s'il y a des gens qui sont vraiment intéressés par ça, qu'ils puissent le faire pendant leur internat, voire même participer à des groupes l'éducation thérapeutique, de pouvoir le faire en plus dans le stage et que ça compte comme une partie de ton stage, notamment dans les stages chez le praticien. C'est quand même important de le faire pendant l'internat, parce que quand on est externe on sait pas encore ce qu'on veut faire, et on a encore pas toutes les clefs la compréhension globale du patient.

B1 : Non, mais si tu fais, déjà pendant l'externat, une journée par mois d'éducation thérapeutique dans le service où tu es : si tu es en diabéto : tu fais une journée avec les diabétiques, si tu es en gastro, tu fais une journée de l'éducation thérapeutique avec les gastros, en cardio pareil. Je pense qu'il n'y a pas beaucoup de services, où il n'y a pas d'éducation thérapeutique possible à faire. Et que ce soit obligatoire pour tous les stages où il y a besoin de

faire de l'éducation thérapeutique : une journée par mois ou toutes les deux semaines. C'est quand même pas grand-chose, c'est largement faisable et ça perturberait pas trop le fonctionnement des services et ça chargerait pas les externes. Je pense qu'il y a pas beaucoup de stages où ce serait pas applicable.

K : Donc ça reste assez hospitalier quand même ?

B1 : Non pas forcément, tu peux très bien aller faire ta journée d'éducation thérapeutique dans une structure qui n'est pas dans l'hôpital, qui est ambulatoire, mais qui fait des séances d'éducation thérapeutique en rapport avec là où tu es en stage, mais que ça se fasse pas forcément dans l'hôpital. Parce que je pense que les services ils ont des réseaux avec des associations et des réseaux d'éducation thérapeutique en ville avec qui ils travaillent. Mais que ce soit quand même plus qu'une fois, et qu'on soit dédouaner d'aller en stage quand on va à ça, un peu comme quand on a les GAC. Et donc commencer ça pendant l'externat.

Par exemple à la clinique mutualiste, tous les mercredis, il y a des séances d'éducation thérapeutique. Bon là-bas, il y a pas d'externe, mais il y a des internes et donc tous les mercredis matin, il y a un des internes de chaque service qui y va et qui voit ça, et donc faire la même chose pour les externes au CHU. Et après tu continues, quand tu es interne.

Comme toutes les choses qu'on apprend en fait, tu commences à y apprendre quand tu es externe et tu y mets en pratique et l'approfondis quand tu es interne. Et je pense que c'est la meilleure façon d'être à l'aise pour maîtriser quelque chose, parce que si tu découvres ça à la dernière année de ton internat, c'est un peu bizarre.

B2 : Moi, ça me choquerait pas forcément de commencer pendant l'internat, avec éventuellement des sessions facultatives pour les externes qui sont intéressés. Parce que c'est quelque chose pour y maîtriser, faut déjà bien maîtriser la théorie de la maladie, les différentes complications, l'objectif de prise en charge ... tout ça, donc il faut avoir tout ça en tête. Donc ça ne me paraît pas aberrant de commencer l'éducation thérapeutique au début de l'internat, il faut qu'on ait toutes les bases qu'on a acquises pendant l'externat, et profiter du stage UPL pour faire une journée par semaine ou une demi-journée par semaine de temps en temps en programme d'ETP, pour dans un premier temps découvrir et puis ensuite éventuellement y participer.

B5 : Je pense qu'on est quand même plus mature quand on est interne et qu'on a plus réfléchi sur la façon dont on a envie de pratiquer la médecine, quand on est interne et du coup ça va plus me parler que quand on est externe. On s'investit pas de la même façon je pense.

B4 : C'est vrai que c'est bien de commencer en tant qu'externe, mais en tant qu'interne, on arrive mieux à entendre les questions que posent les patients, alors qu'on a pas forcément l'habitude de les entendre en tant qu'externe, surtout en milieu hospitalier. Et on s'investit pas de la même façon non plus : quand on est externe l'objectif, c'est l'ECN, donc une formation qui n'apporte rien pour le concours, il n'y aura pas le même investissement.

....

K : Et faire des mini-stages de 1 ou 2 jours, avec des simulations d'ETP ?

B3 : À quel moment ? pendant l'internat ?

K : Oui, plutôt.

B3 : oui, mais il faudrait que les services nous libèrent.

....

K : Et faire des simulations, comme dans certains séminaires ?

B4 : Je pense que ça n'aurait aucun intérêt ! Il faut le faire avec les patients !

B1 : Je suis d'accord avec B4, nous on réfléchit pas comme les patients. Les patients, ils ont pas du tout les mêmes référentiels que nous, donc ce serait pas vraiment productif. A la limite, faire un séminaire et inviter un patient. Mais si c'est juste entre nous, on va pas du tout avoir les mêmes questionnements et on refera pas du tout ressortir les mêmes choses.

B5 : Je pense que déjà les simulations, ben, il y en a plein qui aime pas ça, donc il faut pas forcer les gens à faire ça. Par contre, avoir un patient ou plusieurs patients, là ce serait vraiment bénéfique pour qu'ils nous fassent partager leurs vécus et leurs ressentis.

B2 : Moi je pense que ces simulations, si on intègre de vrais patients, là ça peut être pertinent, mais sinon non.

K : Et comment on choisirait ces patients ?

B2 : Bon pour commencer, j'imagine apprendre les maladies chroniques les plus courantes déjà là comme ça, je pense au diabète, après comment on pourrait les choisir ? Bah en recrutant dans des centres d'ETP et en prenant des volontaires.

B5 : Moi, ce qui se passait quand j'étais externe, c'est que ceux qui avaient eu la chance de faire une semaine complète d'éducation thérapeutique et ben ils étaient en charge de rédiger les observations médicales des patients, les examiner tout ça. Donc ça impliquait l'externe dans le processus et ça permet de faire connaissance avec les patients et surtout aux patients ça leur permettait de connaître l'étudiant.

...

K : Et donc pour en finir sur la pratique, il faudrait que ce soit quelque chose d'obligatoire, ou qui reste optionnel ?

B5 : je pense que c'est bien qu'on ait une base, au moins, obligatoire, et puis après laisser à ceux que ça intéresse vraiment, le choix d'approfondir, en fonction de si ça lui parle ou pas.

B1 : Je suis d'accord, il faut que des notions de base fassent partie intégrante du programme pendant l'externat, et puis après ce qui va s'approfondir et qui compte en pratique dans le métier, qu'on puisse l'approfondir avec des formations optionnelles, mais le laisser pour des personnes que ça intéresse.

B2 : Je pense à peu près la même chose c'est-à-dire, pendant l'externat, d'avoir quelque chose de facultatif accessible à tout le monde et après à partir de l'internat faire des modules obligatoires et puis éventuellement les gens qui cherchent à plus se spécialiser, et ben qu'il y ait des enseignements approfondis mais que ses enseignements soient facultatifs.

B1 : Alors moi, je dirais l'inverse plutôt que ce soit obligatoire pendant l'externat et après que ce soit optionnel pendant l'internat en fonction de si tu veux en faire ou pas.

....

K : Vous pensez que l'éducation thérapeutique s'adresse à tous les futurs médecins ?
Parce que pendant l'externat il y a toutes les futures spécialités.

B1 : Ben oui, ça concerne tous les médecins. Tu dois savoir prescrire du doliprane, même si t'es chirurgien et ben c'est pareil pour l'éducation thérapeutique. Je voudrais dire qu'on part du principe que, par exemple, un chirurgien cardiaque il aurait pas d'éducation thérapeutique à faire à un patient qu'il a ponté, ce serait forcément au cardiologue de faire ce travail.

B4 : il a été rappelé au début que ça faisait partie des obligations du médecin, donc ça s'adresse à tous les externes voilà !

....

K : Et donc sur le côté plutôt théorique, notamment le côté administratif, qui peut faire un peu peur, il faudrait l'aborder quand et comment ?

B5 : Ben peut être plus garder ça pour les gens qui sont intéressés, parce qu'au final ceux qui veulent pas faire d'éducation thérapeutique ça ne rapporte pas grand-chose de savoir ça et ça va peut-être plus les saouler.

....

K : tout le monde est d'accord avec ça ?

.....

Donc on garde ça pour les gens intéressés !

Et à quel moment présenter l'éducation ou au moins sensibiliser à l'ETP ?

B5 : Moi je pense un petit peu comme B1 disait : plus on leur apprend tôt au mieux c'est. Quand ils sont externes, faire au moins un petit cours pour le présenter, où tu es obligé d'aller, ça pourrait être une bonne chose. Il faudrait que ça fasse partie de la médecine en tant que tel, comme on nous apprend tout le reste. Là, à l'heure actuelle, c'est des choses trop spécifiques, et comme tu le disais, ben il y a plein de médecins qui savent pas ce que c'est, et ça pour moi c'est pas normal.

B1 : Alors après c'est sur le modèle de Grenoble, mais nous, on a un carnet à remplir pendant notre externat, et donc il faudrait qu'il y ait au moins une case ETP sur ton semestre. Comme avec les colloques médicaux du jeudi matin ou les arcs à faire, et ben on devrait avoir un nombre de séance d'éducation thérapeutique à assister, pour que ça montre que ça fasse partie des compétences du médecin, et que si tu le fais pas l'éducation thérapeutique, tu ne valides pas tes connaissances.

.....

Question 2 : Quelles sont les compétences que vous souhaiteriez acquérir au cours de cette formation à l'éducation thérapeutique ?

B3 : Déjà des connaissances sur la pathologie en question, par exemple sur le diabète, il faut déjà bien maîtriser la maladie, pour pouvoir répondre aux questions des patients et pouvoir leur faire de l'ETP.

.....

B5 : Moi, ce serait plutôt sur la communication, comment on peut communiquer avec les patients pour qu'ils aient envie de s'ouvrir, de parler, d'aborder les problèmes. Parce que si on sait pas communiquer, ils vont pas aborder les problèmes et ça risque d'être un peu stérile et donc il faut savoir ouvrir la discussion pour que le programme puisse fonctionner, sinon ça marchera pas.

.....

K : tu la verrais comment cette formation à la communication ?

B5 : ben ça par contre, on en a déjà peut-être un petit peu dans nos cursus de médecine générale. Mais peut-être nous apprendre à poser des questions ouvertes, à relancer à savoir ouvrir. Mais je pense que dans l'éducation thérapeutique, c'est encore plus important que dans une consultation classique. Mais après pour maîtriser ça, il faut bien évidemment pratiquer, peut-être voir un petit peu avec les formateurs comment ils s'y prennent, que ça nous donne déjà une piste.

.....

K : C'est vrai que c'est quelque chose qui est pas inné. Je pense qu'on est beaucoup à ne pas être à l'aise avec ça. Vous auriez des pistes pour nous expliquer comment vous aimeriez apprendre à gérer un groupe et à gérer une discussion ?

.....

B1 : ta question elle est mal posée ! (Rire)

K: Comment on pourrait apprendre la communication et la gestion d'un groupe ?

B3 : Peut-être déjà par des cours théoriques sur la communication, même si on en a déjà, ils sont pas très nombreux. Et puis après mettre en place des ateliers.

B1 : je pense que la théorie sur la communication, tu dois en avoir pour 2-3h à tout casser. Je pense, après, faut juste faire de la pratique mais faire quelque chose d'encadré, être dans la pratique, mais pas être dans l'espèce de trucs de communication comme ils font à la fac, mais être dans la pratique de l'ETP. Peut-être faire ça devant quelqu'un d'autre, un formateur et qu'à la fin, il te reprenne pour t'expliquer les choses. Mais pas comment faire pour de faux. Donc, je pense que la théorie, elle est importante, mais c'est pas la majeure partie de la communication. La partie la plus importante : c'est la pratique et on progresse en pratiquant. Après ça c'est valable pour plein de choses : quand tu écoutes des poumons au début tu entends rien, tu comprends pas ce que tu entends et puis c'est quelqu'un d'autre qui te dit : " ah bah non ça c'est pas des sibilants, c'est des crépitants" et voilà, et puis une fois qu'on a écouté une cinquantaine et ben tu l'as dans l'oreille et tu sais les reconnaître. Mais si tu pratiques pas, tu auras beau avoir 50 heures de théorie, tu seras toujours pas bon, parce que c'est pas une inné.

B4 : Il faudrait que ce soit des cours avec des patients, pas des choses juste entre étudiants. C'est ça qui pourrait vraiment nous apporter. Avec des gens qui se posent des questions parce qu'ils ont la maladie. C'est pas la théorisation de la théorie qui va nous faire progresser, c'est vraiment avec l'avis de patients qui ont cette maladie qui la vivent tous les jours. Et donc ce serait avec le patient qu'on pourrait communiquer et pas avec d'autres internes ou d'autres médecins.

B5 : Ça me rappelle quelque chose d'un peu particulier, quand j'étais en premier semestre, on nous avait montré, bon alors ça n'avait rien à voir c'est pas de l'éducation thérapeutique, mais c'était des internes qui avait été filmés, en face d'acteurs où ils devaient faire une annonce de maladie grave pour des patients qui avaient des cancers. Donc on analysait comment ils se débrouillaient. Puis après il y avait un psychiatre, qui parlait de tout ce qu'ils avaient fait, et qui interprétait plein de choses. Et donc j'avais trouvé ça très bien sur la façon dont tu peux analyser les choses, voir les choses, qu'il faut dire ou ne pas dire. Bon, alors après le mieux, bien sûr, c'est de participer en vrai, mais après pour ceux qu'on pas envie de participer ou qui n'osent pas participer dès le début, ça pourrait être une chose qui pourrait être très formatrice, avec quelqu'un qui analyse et qui te donne des conseils. Et puis de débriefer la situation à chaud, et

donc la vidéo je pense que ça fonctionne mieux, au début en tout cas, pour apprendre l'éducation thérapeutique et avoir des bases.

B2 : Moi, personnellement du coup, je me suis formé à la PNL et ça m'a été vraiment hyper bénéfique et il s'est trouvé que c'était hyper bien au niveau de ce qu'on peut apprendre en termes de communication en pratique. Et donc il y avait énormément d'exemples avec la personne qui animait le séminaire et qui du coup et il exposait les questions et tout ça et devant toutes les autres personnes qui étaient là mais sinon après en général par petits groupes de deux ou plus, on s'interrogeait, on s'entraînait à poser des questions d'une certaine manière. Je pense que vraiment des séminaires pratiques, mais vraiment axés sur la pratique, ce serait pas mal et donc aussi avec éventuellement des patients ou des profs qui sont là pour faire les acteurs ou avec des jeux de rôle. Des choses comme ça, pour voir comment est-ce qu'on peut évoluer et faire évoluer notre communication.

.....

K : Et donc à part approfondir ses connaissances sur la maladie et maîtriser la communication, y a d'autres compétences que vous pensez nécessaires d'acquérir pendant la formation ?

B2 : Ben je reviens sur la première idée, que j'avais dit et c'était par rapport au vécu des patients en fait, quelles sont les attentes des patients par rapport à l'éducation thérapeutique ? Parce que du coup pour moi c'est vraiment la clé, qu'est-ce qu'eux ils attendent de ce programme. Donc si ça pouvait être inclus dans des cours, et ce serait vraiment un plus en pratique.

.....

K : Je ne sais plus trop comment vous relancer

B2 : Ben tu aurais pu me demander où ?

K : où ?

B2 : Du coup, j'aurais pensé plutôt en séminaire, avec un patient qui vient et qui parle de sa maladie et qui raconte ses attentes, ce qu'il a découvert, et ce qu'il a trouvé de positif dans l'éducation thérapeutique qu'il a fait. Et qu'est-ce qu'ils attendent de cette structure-là ?

....

K : Donc avoir un témoignage d'un patient.

B4 : je pense que dans l'éducation thérapeutique du patient, c'est le patient qui a la clef. C'est pas l'éducation thérapeutique par le médecin, donc c'est le patient qui doit être au cœur d'un séminaire, d'une quelconque formation, mais ça doit passer par le patient. C'est pas le médecin qui parle à des médecins pour le patient, ça doit être le patient qui parle au médecin !

K : C'est beau !!!

Bon donc il va falloir recruter des patients...

B4 : Le thème c'est l'éducation thérapeutique du PATIENT.

B1 : Si t'as pas de patients de c'est nul !

(Rire)

K : Donc pour essayer de mettre un mot-clé sur la notion que tu viens d'évoquer, ce serait lequel ? L'écoute ?

B2 : De l'écoute active !

B1 : L'approche centrée patient, comme dans la marguerite !!!

K : la Marguerite ne va plus exister....

B1 : oh non...

K : Donc si vous savez écouter, si vous savez communiquer et si vous avez les bases théoriques de la maladie en question, vous vous sentez prêt à débiter de l'éducation thérapeutique ?

.....

B4 : C'est déjà une bonne base !

.....

K : Et donc pour ces 3 compétences, un enseignement sous quelle forme ?

B4 : Peu importe mais avec des patients ! (Rires)

Non, mais c'est important de savoir ce que le patient considère, lui, comme important, parce quand on a pas notion de la douleur au réveil d'un patient, c'est le patient qui va nous dire ce qui est important à ses yeux, c'est lui qui connaît sa maladie, qui l'a tous les jours, c'est pas nous. On va pas sortir le chapitre d'un bouquin pour savoir ce que le patient vit, et donc ça permet de savoir les questions qu'il nous pose et qu'on n'a pas dans les livres.

.....

K : Donc il faudrait que ce patient soit devant vous, qu'il y a une interaction entre vous, par exemple montrer une vidéo avec le témoignage d'un patient, où il nous livre son ressenti, ça pourrait aussi faire l'affaire ?

B4 : Si la médecine s'apprenait sur Youtube ça se saurait ! (Rire)

B1 : Non mais, mine de rien, s'il est devant toi, tu peux faire différentes techniques de communications et lui il arrivera à dire s'il y a une façon qui lui correspond mieux. On voit chacun les différentes façons de communiquer et après on forme des groupes où chaque groupe essaye une manière différente de communiquer avec le patient. Et puis à la fin le patient explique la méthode avec les points positifs de certaines méthodes et les négatifs d'une autre. Avec quel message il va le plus adhérer. Avoir quelqu'un en face de toi, qui soit capable de dire : "ben il m'a convaincu lui, il m'a pas convaincu lui, lui c'était bien mais il y avait ça qui m'a dérangé *etc...*"

....

Question 3 : Selon vous, que pourrait vous apporter la pratique de l'ETP dans votre exercice des soins primaires ?

B5 : je pense vraiment une ouverture vers le patient, c'est vraiment une nouvelle dynamique qui s'ouvre. On ne reste plus dans le côté uniquement médical : la médecine ça s'apprend dans les bouquins. Maintenant, on est beaucoup plus à l'écoute du patient, et c'est un peu le point de base de l'ETP, je trouve. Et ça, c'est valable pour plein d'autres choses : au cabinet on doit plus être centré sur le patient être à son écoute, répondre à ses attentes. Et ça c'est vraiment une autre façon de pratiquer la médecine et c'est vraiment à l'image de l'ETP.

B1 : Moi je pense que si on pratique l'ETP, on est vachement meilleur dans notre pratique des soins secondaires. Je pense qu'en France, on prescrit beaucoup trop de médicaments, parce que les patients sont pas bien éduqués, parce qu'on sait pas le faire, parce qu'on prend pas le temps de le faire, parce qu'on apprend pas à le faire. Je pense qu'il y a plein de choses qui pourraient être évitées, si on faisait mieux l'éducation du patient. Et je pense aussi que ça coûterait moins cher à la sécurité sociale !

B4 : je pense que ça participerait à la relation de confiance entre le patient et le médecin. Parce que le patient se rendrait compte qu'on connaît la maladie qu'il vit, qu'on ne sait pas seulement la traiter, mais qu'on comprend ce qu'il ressent et ce qu'il vit, qu'on ne prescrit pas juste une ordonnance, qu'on sait ce qu'il vit au quotidien. Parce que comme tu le dis, il y a pas que le traitement médicamenteux, même si c'est important et primordial, il y a aussi autre chose qui peut avoir beaucoup d'importance.

B5 : je pense aussi que ça peut diminuer l'habitude qu'ont pris les gens maintenant d'aller se réfugier dans les médecines alternatives ou l'exemple des courants anti-vaccins. Il y a toute une partie de la population qui a l'impression que les médecins sont pas assez à leur écoute, qu'ils sont un peu sur leur piédestal ou qu'on est à la botte des labos tout ça... et je pense que si on les écoutait plus, si on partageait plus, ce serait moins le cas. Je pense que c'est vraiment une histoire d'écoute, il faut écouter ce qu'ils ont à nous dire, et la relation s'en trouverait

changée. Bon, après il y aura toujours des gens qui resteront sur leur position et on pourra rien y faire, mais je pense qu'il y a vraiment des gens, si on les écoute plus, qui se sentent plus compris et ben on verrait moins de choses farfelues.

B2 : Ça permettrait d'avoir une vision plus en réseau, et sortir de la vision qu'on a de la médecine de ville en cabinet, avec le médecin face au patient dans le cabinet. Mais de voir ça plutôt comme quelque chose de pluridisciplinaire, comme quelque chose de dynamique, au lieu d'avoir une prise en charge très paternaliste : “voilà je te donne un traitement et puis tu rentres chez toi et tu prends ça”. Alors qu'on sait très bien que ça satisfait pas du tout le patient, il attend quelque chose de beaucoup plus globale en équipe. Ça permettrait d'avoir cette vision qui est plus en réseaux et plus dynamique.

B5 : Moi je pense que ça nous permettrait de nous apprendre à nous ouvrir à nos patients, en fait, parce que c'est ce que je disais tout à l'heure, je pense qu'on se rend pas du tout compte de ce que sont leurs besoins, ce pourquoi ils auraient besoin de leur médecin. Et c'est vrai que si on se disait ce genre de chose, on se rendrait compte qu'on est totalement à la rue sur les conseils qu'on donne, avec le retour des patients, on pourrait les ajuster et on serait plus à leur écoute. Ça permettrait de nous ajuster, et notre relation serait totalement différente. Je pense qu'on est un peu trop sur notre piédestal, qu'on ne se remet pas en cause. Notre communication compte beaucoup pour nos patients. Et alors j'ai un exemple tout à fait...bon qui n'a rien à voir : là en ce moment je suis au SAMU, à la régulation, et donc je discutais avec un médecin généraliste qui doit avoir environ 50 ans, qui a des internes aussi en stage et donc qui a pas mal de recul par rapport à ça. Et donc on a plein d'appels, qui sont totalement débiles, de patientes qui appellent parce qu'elles ont des règles douloureuses et qui sont inquiètes avec ça. Et quand je discutais avec une d'elle, elle nous disait que c'était aussi un peu de notre faute, parce qu'on discute pas assez avec eux. Par exemple là elle avait un fibrome, et elle avait des règles plus douloureuses que d'habitude, et il aurait fallu lui expliquer que donc oui elle allait avoir mal, plus mal que d'habitude pendant ses règles et que donc c'était normal. Et que donc on leur expliquait mal les choses et que les gens ils sont un peu perdu et ils appellent pour des choses débiles. Donc elle remettait totalement en cause la façon dont on communique avec les patients et je pense que sur le fond, elle avait pas tort : des fois, on a l'impression que le message est passé et en fait il est pas du tout passé. Et je pense que faire de l'éducation thérapeutique, ça permet de se rendre compte si le message il passe ou pas, ça permet de se remettre en question : Qu'est-ce qu'il faut que je fasse pour que le message passe mieux ?

B4 : Ensuite il y a peut-être un biais de sélection avec l'éducation thérapeutique du patient, parce que les patients qui vont venir à l'éducation thérapeutique, et ben ne vont venir que les patients qui sont motivés et qui en attendent un plus. C'est peut-être pas tous les patients qu'on voit en tant que médecin généraliste et donc c'est peut-être ça la limite à l'éducation thérapeutique. C'est qu'on ne voit que les patients qui sont motivés : passer trois jours complets, parfois plus, pour comprendre ce qui se passe et malheureusement des fois pas malheureusement, ça fait pas partie de tous les patients qu'on va rencontrer.

K : Et donc un des objectifs ça peut être de comment “agripper” ces patients qu'on arrive justement pas à faire adhérer ?

B4 : Ben justement parfois la réponse c'est qu'on peut pas avoir tous les patients contre leur gré. Enfin voilà, je veux pas avoir de réponse philosophique là-dessus

B2 : Sur ce point-là, je suis d'accord avec toi, je pense qu'il faut quand même laisser la responsabilité à chaque personne. Si un patient il a envie de guérir et ben nous on peut l'aider, après, j'ai envie de dire, les personnes qui n'ont pas envie de se soigner, qui ne sont pas motivées, est-ce que c'est vraiment des personnes sur qu'il faut s'acharner ? Ben j'en suis pas sûr. Il faut aussi accepter que chacun à sa responsabilité, nous on doit juste proposer le meilleur service, mais on peut pas changer le fond du patient on peut juste tenter d'avoir le meilleur impact possible sur la personne.

B4 : Mais jusqu'où on doit s'investir et savoir quand faire le “deuil” ?

B2 : c'est ce que tu disais tout à l'heure B5, que par exemple, on cherche pas du tout à valider que la personne a bien compris, c'est une technique qu'on pratique pas du tout. Et quand on regarde les médecines alternatives, d'autres techniques, comme par exemple le développement personnel ou la PNL on y trouve des gens qui sont vraiment scotchant, par leur expérience dans le fait de communiquer. Et du coup, ils arrivent à avoir un impact en termes de communication qui est hyper bon. Mais déjà un des premiers principes de la PNL, c'est te dire que la communication, c'est pratiquement un des seuls domaines où, ça se juge par comment la personne le reçoit. L'important c'est pas comment toi tu le donnes, mais comment la personne elle le reçoit et c'est très particulier comme concept, parce que on peut pas dire : “ah ben c'est l'intention qui compte j'avais envie de bien faire”. C'est que en fait par rapport à comment est-ce que le patient il a réellement compris, c'est que comme ça qu'on pourra vraiment comprendre ce qui s'est passé pour le patient, si ça a été bénéfique ou non.

B5 : En fait ce qui est commun dans un peu toutes ces thérapies, c'est que en général c'est que les thérapeutes prennent le temps avec les patients et c'est ça que souvent les patients rapprochaient à leurs médecins, c'est que ça va vite c'est un peu à la chaîne. Et donc avec l'éducation thérapeutique si on prend le temps avec des programmes de partager avec les patients, c'est ça qui est différent.

B2 : Et donc ça prend pas forcément plus de temps parce que par exemple, il y a des techniques de validation des acquis du patient, par exemple répéter mot pour mot ceux du patient par exemple : tu dis que patati patata et si elle finit en disant oui et après elle va embrayer sur quelque chose et puis elle va avoir l'impression d'être beaucoup plus satisfaite, d'avoir été compris et donc faire ça à la fin je suis même pas sûr que ça prenne plus de temps.

.....

K : Et du coup qu'est-ce que ça pourrait apporter à vos patients si vous faites de l'éducation thérapeutique ?

B4 : Ben s'ils prennent des médicaments, une meilleure observance parce qu'ils comprennent pourquoi ils prennent des médicaments. Et puis comprendre leur maladie par exemple comprendre que s'ils souffrent, c'est pas forcément normal, mais c'est logique par rapport à leur pathologie, et donc mieux vivre ces douleurs au quotidien. Un patient qui fait de l'éducation thérapeutique il aura plus d'outils, après avoir fait de l'éducation thérapeutique. Je crois que j'avais lu quelque chose sur les patients qui font de l'ETP pour le diabète ils ont une hémoglobine glyquée qui elle est bien meilleure, ils ont une meilleure observance que sinon. Il y a un effet bénéfique de l'éducation thérapeutique par rapport à la prise des traitements, pareil pour le risque cardiovasculaire, les risques etc... Donc ça a été montré que ça sert l'éducation thérapeutique sur des paramètres objectivables.

K : vous êtes tous d'accord avec ça

Tous : oui

K : vous pensez en faire vous ?

....

Question 4 : Dernière question que pensez-vous d'une formation commune avec d'autres professionnels de santé ?

B4 : Dans l'expérience peu importe le métier d'où elle vient, elle est toujours bénéfique et bonne à prendre, par exemple l'expérience d'un neurologue dans le sclérose en plaque, d'une infirmière dans le diabète, c'est toujours intéressant à prendre comme expérience.

B1 : Moi je pense que ça doit être pluridisciplinaire et que même la formation elle doit être pluridisciplinaire. Parce qu'il y a des choses que le patient il va pas oser dire à un médecin et il va plus se livrer facilement, par exemple, à une infirmière sur certains points. Parce qu'il aura l'impression que le médecin peut pas le comprendre, et que chacun de toute façon apporte sa pierre à l'édifice à la fondation de l'éducation thérapeutique. Un médecin, il peut pas être seul il peut pas avoir tous les pouvoirs pour éduquer son patient, il y a d'autres professionnels qui sont tout à fait aptes à le faire. Et du coup la formation, elle doit être commune pour que nous on puisse apporter le côté médical, et tout ce qu'on sait, mais qu'on puisse aussi s'enrichir des autres professionnels, qui sont à côté. Mais que ça garde le côté transversal. Lorsque les gens, je pense, ils vont venir faire de l'éducation thérapeutique une journée et qu'ils vont venir voir uniquement avec des médecins, ça risque d'être trop formel et il faudrait qu'il y ait d'autres professionnels avec nous.

B5 : Ouais ouais je suis assez de cet avis. Je pense que chacun a sa pierre à apporter à l'édifice. Chacun voit les choses différemment en fonction de son activité et puis les patients sont aussi

différents en fonction des professionnels de santé. Ils ne sont pas pareil avec leur médecin, avec leur infirmière ou avec leur kiné, donc oui, du coup, je pense que ça enrichit de pouvoir discuter avec chacun et de voir comment les autres pratiquent : de voir les différences en fonction des différents postes. Je pense que ça enrichit.

B2 : Moi, ça me paraît complètement logique, que tous les professionnels de santé qui ont envie de faire de l'ETP, qu'ils aient la même formation et qu'elle soit commune. Et après on profite aussi de ces formations pour définir un peu plus spécifiquement quel sera le rôle un peu plus spécifique de chaque intervenant : le médecin, l'infirmière, le kiné et peut-être d'autres personnes d'ailleurs, qui sont pas du tout soignants. Je connais pas du tout l'ETP mais je me demande est-ce qu'il y a pas des patients, des "mentors patients" qui sont là pour apprendre les choses aux autres patients

B1 : Bon après moi j'ai vu que la partie cardio-vasculaire, où tu avais la diététicienne qui leur apprenait à manger. Mais bon je pense pas que c'est le rôle du médecin de faire ça, même si on a les bases, qu'on connaît pas les choses parfaitement. Et aussi la psychologue, pour parler du ressenti du patient qui va pas forcément parler avec le médecin ou avec l'infirmière. Bon après ils ont une vision globale du patient.

B4 : Et puis ça permettrait d'améliorer le réseau : kiné, infirmière, podologue etc... ça permet de renforcer le réseau avec qui on a des patients en commun et toi pas forcément.

....

K : Et est-ce que du coup aussi les formateurs, il faudrait que ce soit pluridisciplinaire également ?

B2 : Une fois qu'on a acquis les bases théoriques pendant l'externat et puis l'internat au cours de formation pratique ça me paraît totalement logique, que quelqu'un d'autre qui gère tous les autres aspects qui sont pas liés à la théorie pure par rapport à la physiopathologie.

K : Par exemple une infirmière qui va donner un cours, vous pensez que les internes vont être réceptifs et ils vont l'écouter ?

B4 : bah si elle a de l'expérience oui bien sûr. Il y a des patients experts aussi et ce qu'ils racontent c'est hyper intéressant, ce qu'il va raconter sur sa maladie. Du moment que c'est intéressant avec c'est quelqu'un qui sait de quoi il parle, avoir le point de vue d'un pharmacien, d'un kiné, d'un podologue sur un sujet pour approfondir les connaissances, ça peut être qu'enrichissant.

B1 : Moi je suis assez d'accord, l'infirmière elle peut très bien t'apprendre plein de choses, si elle fait ça depuis longtemps. Si elle fait du diabète, elle connaît bien plus que toi la maladie et connaît quasiment toutes les réactions des malades avec tout ce que les patients vont lui dire. Je sais pas, mais moi en stage, c'est l'infirmière qui m'a appris comment on explique aux gens

à se piquer, c'est pas le médecin. Et ça, ça vaut pour l'infirmière, mais ça vaut aussi pour la diététicienne, comme la psychologue, comme plein d'autres choses.

B4 : L'important c'est le paramètre de l'expérience, si on a un quelqu'un qui a beaucoup d'expérience, il va apprendre beaucoup de choses à un interne, qu'il soit généraliste ou dans une spécialité, il aura beaucoup à apprendre du patient sur cette maladie surtout s'il l'a depuis très longtemps.

B1 : Parce qu'un patient qui est diabétique de type 2, qui a la maladie depuis 30 ans, il connaîtra bien plus de médicaments que toi, je pense, et toutes les complications et les effets indésirables que nous on connaît pas. Et pour moi, l'éducation thérapeutique, elle peut très bien être fait par un vieux patient plein d'expérience.

B4 : Quand j'étais externe, j'avais vu l'éducation thérapeutique d'un patient hémophile et pour moi c'était plus intéressant que tous les cours qu'on avait vu là-dessus, parce qu'il nous avait parlé de l'évolution des traitements, de comment il vivait. Par exemple lui, de ce qu'il se plaignait le plus c'était l'hémarthrose. Et ça c'est des choses qu'on apprend pas dans les livres, et ça quand c'est des choses qui sont transmises directement par le vécu, par l'expérience et ça te permet vraiment de comprendre comment la maladie évolue et comment les traitements ont évolué, comment les techniques ont évolué.

K : Donc l'enseignant idéal c'est un médecin qui a la maladie !?

B1 : Pas forcément de toute façon les médecins ils se soignent mal !!! (Rires)

....

K : Bon c'est bon vous avez tout donner ? vous n'avez plus rien ajouter ?
Merci à tous d'être venus

B4 : ah si moi je voudrais du ski et j'ai pas eu de pizza sans lardons !

FIN

Focus Group C

Internes en 4^{ème} semestre

Question 1 : Comment envisagez-vous l'ETP en médecine générale ?

C5 : je pense qu'il faut une consultation dédiée du coup où tu dédies vraiment ton temps de consultation à faire que ça, t'abordes pas les autres soucis tu prends vraiment, je sais pas 20 minutes pour aborder les différents points de sa pathologie

C4 : nous apprendre à éduquer nos patients

C1 : apprendre à savoir comment enseigner au patient parce que si on a pas une formation à comment enseigner, on arrive pas forcément à bien expliquer les choses et ça permet d'avoir les bonnes techniques pour que le patient devienne acteur de sa prise en charge

C4 : c'est peut-être plus finalement des questions de communication parce que la base de dire bon ben voilà le diabétique si tu as de la fièvre faut modifier les doses d'insuline ou faire une BU quand la glycémie est haute ou vérifier l'acétone, c'est des choses où on a les notions mais on a pas forcément les notions de comment on aborde ça avec un patient sans être euh trop compliqué dans ce qu'on raconte. Ya une chef en pédiatrie pour donner un exemple qui demande au patient « est ce que vous êtes dyspnéique » et je pense que c'est un peu inadapté pour le patient qui ne comprend pas ce qu'on lui demande et du coup d'avoir, adapté son vocabulaire, adapté sa façon d'expliquer.

C2 : moi je trouve qu'on est très mal formé tu vois juste dans la théorie par exemple dans le diabète, adapter les doses d'insuline, euh tout ça on est vraiment très mal formé à ça, même juste les simples connaissances, alors moi je ne me sens pas trop apte à en plus éduquer le patient sur comment vraiment adapter son traitement diabétique parce que j'ai l'impression que le diabète on apprend quelles sont les complications aiguës ou chroniques mais t'apprends pas vraiment à très bien équilibrer, après c'est de la cuisine mais bon je sais pas

C4 : mais justement c'est la cuisine du diabète, on en a qui disent ça

C2 : je sais pas

C1 : je pense aussi qu'il faut bien connaître son terrain pour éduquer le patient on est pas forcément bon là-dedans non plus, on est bon pour faire des diagnostics mais bon, expliquer la maladie et adapter le traitement tout ça pas forcément

C3 : je pense que ce serait intéressant de nous apprendre à être un peu percutant avec les patients à trouver les espèces d'arguments qui vont leur donner envie de prendre soin de leur santé et de leur maladie chronique sans que ce soit enfin qu'ils soient motivés par la peur de ne pas bien faire, une espèce de culpabilité en fait et j'ai l'impression que souvent on dit plutôt au patient ben si vous prenez pas vos AVK vous allez faire une embolie et vous allez mourir alors que

C4 : je trouve que ça ne marche pas du tout de faire peur aux gens, de dire au diabétique on va te couper les jambes et tu ne feras plus rien,

C3 : il faudrait qu'on ait les techniques un peu pour euh tourner les choses de façon à ce que les gens ils aient envie de prendre soin de leur maladie mais ça on est absolument pas formé à ça, enfin on est pas formé à l'éducation thérapeutique mais on est encore moins formé aux techniques de communication et effectivement je pense que ça va bien ensemble

C4 : est-ce que tu sous entends qu'on a pas de formation à médecin généraliste

C3 : je n'ai jamais dit ça

Rires

C5 : et aussi je pense que ça pourrait nous apprendre des techniques un peu. Dans certains pays ils travaillent pas mal avec des dessins des illustrations, pas juste parler, avoir un support

C4 : ce qu'il faudrait c'est plutôt sur la mise en place après. Mais en hôpital de jour en diabète ça marche pas mal les stages d'éducation thérapeutique où les patients viennent tous les jours pendant une semaine et qui rentrent chez eux le soir. On leur explique pas mal de chose sur le diabète, ça a l'air de pas mal marcher et on les intègre dans des cours de trucs comme ça et on leur montre que leur rôle est important après je ne sais pas si c'est possible ça, de mettre en place en médecine générale des séances d'éducation thérapeutique où il faudrait que les médecins généralistes aillent à des séances d'éducation thérapeutique spécialisée par exemple dans le diabète par des endocs et une fois qu'il a vu comment se passe une séance d'éducation thérapeutique dans le diabète de faire nous-même comme je sais pas un espèce de mini stage de diabète. Parce que finalement moi j'étais passé 3 mois en endoc et finalement pour le diabète au bout d'une semaine les choses basiques pour gérer justement tu disais les doses d'insuline augmenter les doses, baisser les doses, un peu faire les réglages comme ça, c'est des trucs tu as vite les notions de comment ça se passe et c'est juste qu'il faut qu'on te l'explique, qu'on t'explique à la base mais c'est sûr que si on le fait pas. Un peu pareil pour l'éducation thérapeutique c'est toujours la même chose qui revient ya pas besoin de faire 5 ans d'endoc pour pouvoir faire l'éducation d'un diabétique, j'enlève rien du tout à la performance de la société d'endocrino !!

C2 : et après je pense aussi que chaque médecin fait comme il veut et je crois aussi qu'il y a enfin tu peux, enfin les pathologies chroniques ils peuvent avoir accès à une infirmière d'éducation thérapeutique

C3 : une infirmière Asalée ouais

C2 : il me semble qu'il y a ça mais après si ya des gens (médecins) qui n'aiment pas ça ou qui ne se sentent pas ils peuvent aussi un petit peu trouver d'autres alternatives quoi même si après je pense que c'est indispensable de l'aborder au moins un petit peu dans une consultation qui est dédiée à ça.

C3 : En fait je pense enfin moi en tous cas quand j'étais en cabinet je me sentais très démunie vis à vis des patients qui venaient enfin à qui on prescrivait par exemple leur traitement antidiabétique oral enfin je ne savais pas euh à quel point il fallait en remettre une couche, est ce qu'il fallait à chaque fois leur redire de ne pas manger de sucre, de ne pas manger de gras, de faire attention machin est ce que c'est plus délétère que bénéfique pour le patient enfin

C5 : mais je pense que ça c'est aussi le problème que tu es en stage pendant 6 mois, les patients tu ne les connais pas, tu ne connais pas ta clientèle

C4 : ta patientelle

C1 : c'est bizarre parce qu'on ne parle que de l'éducation thérapeutique par rapport au diabétique

C4 : oui après ya l 'éducation thérapeutique pour toutes les maladies chroniques

C1 : mais c'est bizarre c'est toujours ce qui revient

C4 : mais c'est peut-être ce qu'on voit le plus en médecine générale, plus ça que les immunosuppresseurs

C3 : c'est ce qu'on craint le plus en fait

C1 : ouais

C4 : c'est vrai qu'on voit moins d'éducation thérapeutique à faire sur les immunosuppresseurs, on en voit moins. Mais oui les corticoïdes on en prescrit beaucoup les benzo, ...

C1 : ouais mais par exemple les patients cardiaques ils feraient bien de faire de l'activité physique ou quelque chose, ça fait partie de l'éducation

P : Répondre à une peur que peuvent inspirer certains patients ou prise en charge ?

C4 : les patients nous font peur ?

C3 : ah oui, moi oui

C3 : après c'est une question de goût peut être que ça viendra plus tard mais moi je ne suis pas encore très fan de tout ce qui est pathologie chronique et donc c'est pas que j'aies pas d'intérêt mais je pense que je ne suis pas percutante, que je ne suis pas convaincante avec les patients c'est un peu dommage parce que même aux urgences on en voit aussi des patients qui viennent par ce qu'ils n'ont pas pris leur traitement et que du coup ils décompensent et en fait même là on a aussi un rôle de rappel entre guillemets et d'éducation à une petite échelle mais ...

Silence

P : A quel moment pourrait-on proposer cette formation ?

C2 : pendant l'internat je pense que c'est bien

C1 : pendant l'internat je pense aussi parce que c'est là qu'on commence à être confronté, à connaître ses pathologies et à pouvoir s'entraîner avec les patients

C4 : moi je pense plutôt après finalement parce que finalement si vous faites des urgences l'éducation thérapeutique c'est peut-être pas trop votre truc et je pense que c'est plutôt une fois que t'es installé en cabinet que tu te rends compte des difficultés que tu as donc du coup tu peux te dire qu'il faut que tu fasses un stage pour apprendre ce que c'est que l'éducation thérapeutique de telle ou telle pathologie ou de tel ou tel traitement ou les 2.

C3 : moi je pense qu'il faudrait faire les 2 en fait, il faudrait que ce soit quelque chose qui soit un peu proposé ou obligatoire dans la formation de médecine générale et après que ce soit reproposé en

formation continue comme plein d'autres trucs, qu'on puisse continuer à se former mais comme la communication comme

C5 : ouais que ce soit quelque chose de général pendant l'internat où t'apprends justement quelques techniques de communication ou différents supports que tu peux avoir et après pendant ta formation un peu en fonction des besoins que tu as, tu vas plus approfondir le diabète, les anticoagulants

C2 : après ça peut enfin je sais pas, pas forcément sous forme de cours magistral ou d'un séminaire comme on a l'habitude d'en faire mais je sais pas pendant une journée aller suivre l'infirmière qui fait l'éducation thérapeutique pour les diabétiques, une autre journée faire euh aller avec un cardiologue mais que ce soit obligatoire ou facile d'accès parce que sur la base du volontariat souvent on ne le fait pas.

C3 : moi je me souviens quand on était externes à Lyon, c'était pas de l'éducation thérapeutique mais on avait des espèces de simulations alors c'était plus orienter l'annonce de mauvaise nouvelle mais ça doit sûrement se transposer à l'éducation thérapeutique où on était évalués entre guillemets, où on s'entraînait à communiquer avec le patient et le faux patient c'était un médecin et il savait comment nous mettre en difficulté et il savait quelles remarques faire pour qu'on soit coincé et comment nous pousser un peu dans nos retranchements et c'était un peu un jeu de rôle et à mon avis c'est assez intéressant et ça ne demande pas nécessairement de très très gros moyens parce que ça peut se faire entre médecins, entre internes, en fonction de ce qu'on a vécu en stage le patient qui pose la question qui déstabilise un peu toute l'éducation thérapeutique on en a tous vus ça nous est déjà arrivé donc on est capable de le reproduire en jouant au patient

C2 : moi je pense que c'est bien un peu des 2, on apprend aussi en regardant ce que les autres font, enfin moi je sais que pour l'éducation thérapeutique j'aime bien aussi toucher des idées, des façons de faire de certains médecins et je pense que c'est important d'avoir cette phase d'observation de certains médecins et après de l'avoir en stage il faut avoir la chance ou la chercher enfin c'est pas dans tous les stages que c'est possible et ça dépend vraiment des personnalités des médecins et tout ça et après je pense que ça peut être pas mal de se confronter au problème sans y être vraiment confronté. J'ai l'impression que les jeux de rôle on ne joue pas forcément trop le jeu à chaque fois mais bon

P : On ne joue pas le jeu ?

C2 : ben je pense que tu vois on n'est pas du tout pareil dans le jeu de rôle que dans la réalité, ya aussi la peur d'être jugé par ses collègues enfin je ne sais pas. C'est comme quand il y a une troisième personne dans la consultation, t'es pas pareil que quand t'es tout seul, enfin le fait de se sentir observé et écouté,

C3 : mais après ça dépend

C2 : je pense qu'il y a des gens pour qui c'est pas pareil mais je trouve qu'il y a des fois où j'ai du mal à me mettre dans la situation

C3 : ben par exemple on peut faire un parallèle avec le CESU par exemple ou en fait finalement t'es derrière une vitre et t'es observé mais t'oublie parce que tu es dans ton truc et alors je ne dis pas qu'il faudrait faire des simulations filmées pour l'éducation thérapeutique mais finalement je pense qu'au départ oui les premiers jeux de rôle ils sont super guindés machin mais le souvenir que j'en avais de mes trucs à Lyon c'est que finalement on se décoïnçait assez vite au final tout le monde est un peu dans la même peur d'être ridicule entre guillemets alors qu'il n'y a pas de ridicule mais la même peur de se lancer. Et finalement quand tu fais ça j'ai l'impression que tout le monde jouait un peu le jeu sans trop, et puis surtout que les patients étaient joués par d'autres médecins qu'on ne connaissait pas qui étaient des médecins installés un peu plus vieux machin et que du coup on ne faisait pas ça face à un copain machin enfin c'était quelqu'un qu'on connaissait de nulle part et c'était plus réaliste.

C2 : oui après pourquoi pas mais tu vois le CESU ya quelque chose de réel entre guillemets dans le sens où ya les mannequins que c'est vachement plus technique ya aussi de l'humain dedans mais je sais pas c'est pas la même chose. Après ça pourrait être tu vois à la place de quelque chose de similaire au GAC mais en plus petit comité quelque chose qui pourrait être mis comme ça qui soit régulier dans l'internat et pas que sous forme de séminaire.

P : De répétitif ?

C2 : ouais peut être de régulier

Silence

P : Que pensez-vous de l'ouverture vers d'autres internes ou d'autres professions para médicale ?

C3 : Ça devrait être proposé aux autres, au moins aux autres spé et euh aux paramédicaux et ce serait encore plus intéressant qu'on puisse le faire ensemble parce que du coup on a pas les mêmes façons d'aborder les choses je pense et puis on a pas les mêmes compétences en médecine générale qu'en cardio ou en endoc et du coup je pense que ça serait même enrichissant dans les 2 sens quoi, à la fois tout le monde peut participer et en plus chacun profite des expériences des autres et de la spé en question en plus donc je pense que ça serait intéressant

C2 : et peut être moi je pense plus que les paramédicaux ils sont parfois plus, mieux formés que nous à l'éducation thérapeutique, enfin je sais pas j'ai l'impression que les puers, tout ça ils savent bien mieux, c'est pas de la pathologie chronique mais tu vois les problèmes d'allaitement, euh enfin tu vois des choses un peu de médecine générale classique qu'on apprend pas vraiment en fait qu'on apprend vraiment que quand euh enfin que après enfin c'est pas de pathologie chronique mais j'ai l'impression que les infirmiers sont meilleurs que nous à ça. Et ils sont plus proches des patients enfin ils prennent peut être plus le temps avec les patients mais ouais

C3 : je suis d'accord pi ils sont peut-être même mieux formés à expliquer au patient comment faire certains gestes techniques on reste beaucoup sur le diabète mais typiquement, euhh faire un dextro ou se faire une injection d'insuline et se la faire correctement je pense que le patient c'est mieux que ce

soit l'infirmière qui lui explique que moi très clairement. Pour qu'il se fasse ses piqûres de lovenox c'est pareil, il faut mieux que ce soit l'infirmière ou l'infirmier qui lui explique parce que il a plus de chance que ça se passe mieux à mon sens

C1 : Moi je pense aussi qu'il faut que ce soit élargit à tout le monde l'éducation thérapeutique mais le seul problème je trouve c'est qu'il faudrait que tout le monde ait le même discours parce que les patients ils entendent plusieurs sons de cloches différentes et après ils sont perdus et au final ils ne savent plus quoi faire et ils viennent nous voir en disant un tel nous a dit ça, un tel m'a dit ça et du coup après ils sont perdus et du coup je pense que c'est bien d'élargir à tout le monde. Mais d'un côté c'est le problème de la médecine, il faudrait que tout le monde ait le même avis et après je pense que les infirmières elles ont par exemple, on disait les puers elles savent bien expliquer pour l'allaitement, les infirmières pour le diabète mais après c'est parce que quand t'es dans un service spécialisé et que tu fais tout le temps la même chose ben ça semble plus simple. Nous nous former à l'éducation pour toutes les pathologies ben c'est super compliqué et je pense qu'il faudrait qu'on puisse si on a une formation pour l'éducation thérapeutique qu'on puisse choisir, enfin qu'il y ait quelque chose de global pour apprendre plutôt la communication et comment expliquer et interagir avec le patient et qu'après on puisse choisir chacun ce qui nous intéresse le plus parce qu'en médecine générale on ne va pas s'investir autant dans les choses qui nous plaisent ou qui nous plaisent moins, par exemple si le diabète on adore ben on peut vraiment choisir l'éducation thérapeutique qu'au diabète mais si on préfère par exemple je sais pas peut être plus une autre pathologie on va peut être plus se former dans celle la...

C3 : à mon avis c'est même pas une question, c'est une question à mon avis dans un premier temps de se former à l'éducation thérapeutique un peu en général aussi mais c'est toujours autour de la communication et tout ça et ensuite, enfin il faudrait presque qu'il y ait 2 cycles, 1 cycle sur un truc un peu très très global et de la com et une partie spécifique de chaque spé, un truc cardio vasc, un truc diabéto qui serait presque optionnel en fonction de là où on se sent à l'aise c'est sûr qu'après 6 mois d'endoc t'as pas besoin, t'as plus besoin qu'on te forme à l'éducation thérapeutique du patient diabétique mais peut-être que les AVK , équilibrer les AVK ou expliquer à un patient que c'est important de faire ses INR c'est plus compliqué quoi

C1 : moi je trouve qu'on en revient un peu à ce que dans la formation ce qui nous manque c'est plus le côté euh communication et psychologie avec le patient que... enfin en priorité je trouve

C4 : c'est vrai que la base théorique on l'a ou on l'a eu à un moment donné et on sait où la retrouver c'est soit dans un bouquin sur une revue ou sur internet, on parlait des AVK, de savoir comment équilibrer un traitement, les contrôles, c'est des choses qu'on trouve assez facilement par contre comment expliquer au patient, comment le faire adhérer, ça on nous l'a pas appris

Donc on en revient à retravailler la communication

C2 : je trouve aussi, enfin l'aspect pratique des choses enfin tu vois je ne sais pas, on connaît tout dans la théorie mais dans la pratique enfin juste doser le SRO au bébé comment tu fais, comment tu fais avec l'ampoule de valium s'il y a une crise convulsive hyperthermique enfin des choses qui peuvent paraître évidentes pour d'autres personnes mais tu vois c'est que de la théorie et après on laisse faire les infirmiers, et du coup on ne sait pas vraiment comment faire et moi je le ressens vraiment en pédiatrie parce que je trouve que c'est vachement de pratique et de bon sens

P : Et comment cela pourrait être reproduit en cabinet ?

C5 : moi je pense que c'est possible surtout avec les cabinets maintenant en maisons de santé avec les différents professionnels dans une même structure, c'est simplifié pour les patients on peut imaginer un schéma où le patient enchaîne plusieurs consultations d'affilée.

P : Et la place du médecin généraliste dans l'éducation thérapeutique ?

C3 : Elle est essentielle ya qu'à voir comme à chaque fois en sortie d'hôpital ou en sortie d'urgences enfin je vois le côté depuis l'hôpital, à chaque fois on leur dit vous reverrez avec votre médecin traitant. Genre l'année dernière j'étais en neuro vasc, y'avait plein de patients qui étaient hypertendus à qui on arrêtait les traitements antihypertenseurs pendant un moment parce qu'il fallait conserver une tension un peu élevée et on ne remettait pas les traitements antihypertensifs tout de suite et en gros la consigne c'était retournez voir votre médecin traitant pour remettre en route les traitement antihypertenseur et surtout équilibrer parce que voilà pour prévenir un nouvel AVC. En tout cas on se repose beaucoup depuis l'hôpital on se repose beaucoup sur les médecins généralistes et c'est beaucoup aux médecins généralistes justement de prendre les relais des spécialistes et de réarticuler tout autour et de remettre une couche à chaque fois sur bien prendre ses traitements antihypertenseurs, arrêter de bouffer trop salé. Ça le spécialiste il le fait une fois tous les 6 mois ou tous les ans, on sait que c'est pas suffisant et du coup le si le médecin généraliste il ne le fait pas c'est cuit et il n'y a aucune chance pour que

P : Dernière question quel serait l'intérêt de la participation d'un patient expert ?

C4 : Pour former les autres, c'est archi chiant non mais c'est insupportable, en endoc à Sallanches ils font ça en éducation thérapeutique, une semaine où les patients viennent en petit groupe de 5-6 et ils viennent tous les jours pendant une semaine et ils ont des petits cours à thème le matin et l'après et quand il y a des patients experts ils sont insupportables, t'as l'impression de lire doctissimo

C3 : moi je pense que le problème c'est que chaque patient a un vécu différent de sa maladie de ce qui se passe dans sa maladie et que du coup raconter ce qui se passe à un autre patient. Et le patient qu'il est plutôt comme le patient il va adhérer à son vécu et s'il est différent il va adhérer au vécu d'un autre

C4 : moi je trouve que c'est le gros problème des gens qui ne veulent pas se vacciner qui disent « non mais moi je suis contre le vaccin pour la rougeole parce que le petit voisin de mon arrière tante quand il a fait le vaccin il était autiste après donc le vaccin donne l'autisme et j'ai l'impression que c'est la même chose, le patient expert il a un vécu ce que tu disais de sa maladie et il va transmettre son vécu

aux autres et qui n'est pas du tout quelque chose fondé sur des preuves ou fondé sur des choses de scientifiquement prouvées de faire l'injection d'insuline de telle façon parce que ça se fait comme ça parce que le produit diffuse machin euh pareil pour les traitements antihypertenseurs, ça réduit le risque d'AVC des trucs comme ça, ça le patient expert il ne le sait pas et il va vendre son truc de son point de vue

C2 : moi je ne suis pas trop d'accord, je ne connaissais pas du tout ce système mais je sais pas je me dis déjà que le patient expert c'est quand même, ce ne sera pas le diabétique qui ne s'occupe pas du tout de son diabète enfin tu vois il faut avoir envie de partager avec les autres son expérience et que ça peut être bien parce qu'il se met peut être plus à la place des patients que nous par moment que tu vois ya des trucs bêtes que peut être on ne pense pas et que peut être on ne répond pas à leur demande et peut être que lui il pourrait répondre à la demande des autres et puis tu vois après c'est pas obligé de le laisser complètement libre non plus, ça peut être chapeauté par des professionnels de santé et du coup ya des choses qui peuvent être reprises aussi et est-ce-que ça te dérange parce que tu as l'impression qu'ils en connaissent plus que toi aussi parce que je pense que c'est peut être ça aussi

C4 : je ne pense pas que ce soit le problème qu'ils en connaissent plus que moi, forcément ils ont un vécu derrière c'est pareil en néphro ya un site internet qui s'appelle Renaloo c'est des patients qui partagent leurs vécus sur les dialyses des trucs comme ça, c'est doctissimo, ya que des trucs pas fondés, non mais la dialyse c'est pas important si vous loupez une séance, si vous arrivez en dialyse avec 5L d'eau en trop enfin que des trucs comme ça où les patients disent oui ça se passe bien sauf qu'ils ne connaissent pas le côté médical derrière.

C2 : enfin je sais pas c'est pas la même chose, tu compares un peu un forum avec où je suis d'accord que je suis d'accord il y a plein d'infos pas très scientifiques qui circulent avec tu vois une séance qui serait un petit peu articulée avec des professionnels de santé enfin je sais pas c'est comme euh c'est un peu aussi un façon de rencontrer d'autres gens qui ont un peu la même maladie qu'eux, de partager, c'est comme des associations de malades

C3 : Moi je pense que le patient expert il n'est pas là pour euh faire une thérapie de groupe entre guillemets, je pense que c'est comme ça tu sélectionnes un patient qui est bien cortiqué entre guillemets qui connaît bien sa maladie et qui a une bonne observance et c'est aussi une façon de montrer aux autres patients que ça peut bien se passer aussi, enfin, pas comme un espèce de modèle mais je pense effectivement que pour les patients qui sont en début de traitement, c'est aussi bien de voir quelqu'un qui a déjà passé les étapes du début qui est un peu pénible et qui a plein de questionnement et de se dire en fait c'est possible et du coup ça donne un peu envie quoi ça remotive entre guillemets je pense que c'est un peu ça aussi le rôle de patient expert

C4 : oui c'est sûr. C'est sûr qu'il y a des avantages et des inconvénients après moi ce qui me gêne dans le patient expert c'est le manque de reproductibilité, c'est sûr qu'on peut en avoir un très bien qui fait bien son truc, qui ne vend pas des choses infondées mais par contre on peut en avoir un autre qui ne va

pas avoir le même discours et le discours, et c'est sûr que le discours n'est pas standardisé entre 2 patients et c'est un peu ça le problème

C1 : moi je pense que c'est bien que les patients puissent échanger et partager leur ressenti et tout mais c'est pas vraiment en séance d'éducation thérapeutique ou on essaye de refaire le point de leur montrer comment leur traitement fonctionne et comment il faudrait faire les choses donc c'est bien que s'ils veulent les patients se rencontrent en dehors, discutent de leur maladie mais la séance d'éducation thérapeutique ce serait vraiment pour refaire le point et pour partir sur de bonnes bases pour le reste et la suite du traitement

C2 : après l'un n'empêche pas l'autre, ça peut être sous plein de forme différentes, aussi ya en fonction du patient qu'il y a en face pour euh s'adapter à sa personnalité enfin tu vois, y'en a un qui va préférer un petit cours magistral entre guillemet et d'autres qu'on aborde d'une autre façon, enfin je ne sais pas, je me dis que à chaque patient,... (à C4) T'as eu des mauvaises expériences ?

C4 : non mais c'est le constat de se dire qu'il y en a qui peuvent être très bien et d'autres qui sont très bien aussi, qui vont bien gérer leur diabète ou leur maladie chronique mais avoir un vécu qui fait que quand ils le partagent y'en a qui vont pas avoir confiance en leur médecin qui vont dire que oui ben quand l'hémoglobine glyquée est haute c'est pas grave que être en hyper c'est pas grave parce que ce qui est embêtant c'est de faire des hypos avec des malaises et le problème avec enfin là on parle des maladies chroniques mais avec le diabète c'est que t'as des diabètes de type 2 qui seront déséquilibrés toute leur vie qui ne feront jamais de complications et d'autres qui seront équilibrés et qui feront des complications et donc quand t'as un patient qui a 20 ans de diabète de type 2 et qu'a jamais fait de complications alors qu'il est totalement déséquilibré et qu'il vend ça à d'autres patients je trouve ça embêtant.

C3 : oui mais est-ce que c'est lui que tu vas utiliser comme patient expert

C4 : après c'est ça la question C3 c'est ça aussi

C2 : mais après ça dépend comment, est-ce qu'il y a une sélection ou est ce que les gens ils viennent vraiment sur la base du volontariat je sais pas

C4 : mais après le reste c'est toujours la question de comment tu, du manque de reproductibilité, après t'as le même problème avec les médecins t'en as qui vont pas tenir les mêmes discours mais là c'est trop je trouve que c'est trop lié à l'affect et pas assez aux données de la science quoi

P : Et dans la formation des internes

C4 : moi je trouve que c'est pas, voilà moi j'aime bien quand c'est carré et si ça part un peu dans tous les sens je vais avoir tendance à me braquer et contre un patient qui voilà qui va parler. Je prends toujours le même exemple mais un patient qui va aller faire un cours sur les affects, après s'il a lu toutes les études et qu'il dit oui le vaccin sur le ROR, l'étude qui a été faite était une étude bidonnée

donc voilà on peut pas faire de lien entre l'autisme et le vaccin du ROR c'est très bien quoi. Mais à ce moment là c'est peut être un patient expert qui est médecin aussi

C5 : oui mais ça peut être intéressant de voir avec le patient sur quel thème il a eu du mal à accrocher, quel concept il a eu du mal à comprendre voir un peu où sont les difficultés,

C4 : oui, oui et voir ses idées reçues et savoir un peu comment lui il perçoit le truc et savoir un peu ce que nous on va lui dire finalement plus un patient cobaye qu'un patient expert

C3 : A mon avis c'est toujours pareil mais ça peut être important aussi de savoir eh ben quels sont les trucs qui lui ont fait écho dans son éducation thérapeutique à lui quels sont les trucs qui l'ont marqué et qu'est ce qui a fait que justement il a eu envie de prendre soin de sa santé plus , encore plus que les trucs qui ne sont pas bien passés

P : Quelque chose à ajouter ?

C4, *sur le ton de la blague* : L'éducation thérapeutique c'est bien mais c'est dur

C3, *sur le ton de la blague* : et on rêve d'y être formé

C4 : non mais c'est super important et c'est un truc qu'on laisse un peu de côté parce que c'est compliqué, parce qu'on n'est pas intéressé par l'éducation thérapeutique de l'hypertension, du diabète

C2 : mais je pense que c'est qu'on l'apprend pas de façon intéressante aussi

C3 : et on l'apprend mal à l'hôpital

C2 : je pense que ça peut être passionnant mais je pense que ce soit abordé ...

C4 : mais finalement l'hôpital c'est pas forcément le lieu où on apprendra parce que finalement l'éducation thérapeutique c'est quelque chose qui fait partie du chronique et à l'hôpital on est pas trop dans du chronique non plus parce que les patients ils restent un temps et il s'en vont

C3 : mais comme notre internat il se passe quand même pour les 2/3 du temps à l'hôpital c'est sûr que

C1 : et comme on est de moins en moins d'internes et que l'éducation thérapeutique ça prend du temps c'est aussi compliqué de, d'aller faire de l'éducation thérapeutique pendant notre journée de travail si en plus on n'y est pas formé le temps de bien faire les choses ça prend du temps et vu qu'on a pas le temps à l'hôpital

C4 : mais ça prend du temps en médecine générale aussi il faudrait une cotation sécu éducation thérapeutique

Rire

C2 : C4 et les sous

C3 : non mais il a pas tort

C4 : non mais sans rire 25 euros pour passer une heure à éduquer ton patient euh financièrement tu peux pas

C5 : c'est un peu prévu ça justement ya pas une cotation pour les pathologies chroniques

C3 : ouais mais tu gagnes quelques euros de plus

C4 : et une fois par an

C2 : et c'est plus sur la, pas que pour l'éducation thérapeutique, pour l'ECG dans le diabète, un petit peu tout quoi.

P : Merci pour votre participation

Focus Group D

| | |
|----|-------------|
| D1 | 6e semestre |
| D2 | 4e semestre |
| D3 | 4e semestre |
| D4 | 5e semestre |
| D5 | 6e semestre |
| D6 | 4e semestre |
| D7 | 4e semestre |

Question 1 : Comment aimeriez-vous être formé à l'ETP ?

D3 : En cas concret, avec des praticiens qui le pratiquent, par exemple je crois en maison de santé ils ont cette obligation-là, et les infirmières Asalée aussi, mais donc bon moi j'ai pas trop de connaissances là-dessus, mais je pense que concrètement ce serait bien de faire participer initialement en tant qu'observateur.

D6 : quelque chose de théorique aussi parce que moi ben, c'est la première fois que j'en entends parler, donc quels sont les objectifs comment ça se passe et qu'est-ce qu'il faut qu'on fasse ?

D2 : Enfin pas quelque chose de trop théorique.

D1 : après je me dis, on a quand même déjà des bases sur comment éduquer, c'est des choses qu'on a déjà appris dans beaucoup de pathologies, on a appris comment former comment expliquer c'est peut-être plus la pratique qui nous manque. Moi j'en ai déjà vu dans nos messages, c'était organisé par la fac mais c'était un des praticiens chez qui j'étais qui faisait partie d'une association Asalée et du coup, ben j'ai appris à travailler avec une infirmière avec d'autres gens, avoir les retours des patients et du coup ben, parce que par exemple, des fois on dit des choses au patient et ça ne marche pas trop derrière.

Donc voilà l'idée ce serait de faire participer les internes dans des groupes avec les médecins qui font de l'éducation thérapeutique avec tous les paramédicaux qui a autour.

D3 : Peut-être que ça peut faire complètement l'objet d'un stage comme externe en fait, parce qu'au final l'externat te forme aussi pas mal, et ça pourrait faire l'objet d'un pôle spécifique, et ça peut être intéressant. Parce que moi au final, l'éducation thérapeutique spontanément, je pense au diabète, mais il y a plein d'autres trucs, et du coup tourner sur les groupes d'éducation thérapeutique qui existent déjà ça peut être bien.

D4 : moi dans l'idée j'avais plutôt de faire ça pendant l'internat, parce que l'éducation thérapeutique du patient comme beaucoup de choses ça nécessite un gros bagage technique d'être bon dans ses compétences pour accepter de les remettre en question par les patients par leur vécu par leurs questions. Et pour faire cette remise en question, il faut avoir un bagage technique stable un vrai socle quoi, et donc pas le faire trop tôt dans la formation. Et peut-être plutôt commencer interne ou alors si on commence tôt le commencer d'être plutôt comme tu le disais en pratique en observateur.

D5 : Après moi je pense que pendant l'externat ça doit être pas mal aussi parce que ça doit concerner toutes les spécialités tous les médecins, alors qu'après pendant l'internat, il y a certaines spécialités, ils n'ont pas vraiment le temps après pour l'éducation thérapeutique, enfin la formation, c'est quelque chose d'assez conséquent pour que ce soit bien fait bien cadré et cetera, donc je pense que certaines spécialités après ils ont plus forcément le temps ni la motivation. Donc au moins si pendant l'externat on a une petite ouverture, même quelque chose une petite présentation, comme ça pendant l'internat est-ce que tu veux faire une petite formation te perfectionner bah au moins tu sais que ça existe et on a déjà des petites bases.

D1 : Ben oui c'est sûr, pour donner du poids à quelque chose, qu'après quand on maîtrise quelque chose, c'est quelque chose qu'il faut rabâcher qu'il faut voir dès le début des études comme par exemple la cardio, la pneumo, c'est des choses qu'on voit dès le début et puis après une fois que tu as vu la physiopathologie, et des bases, après tu le vois en pratique à l'externat, et après la pratique concrète et tout le bagage ben tu peux le faire toi-même, pendant l'internat.

D7 : Je pense que déjà pendant l'externat on n'a aucune notion sur ce que sont les programmes d'éducation thérapeutique du patient, on a beaucoup de trucs rébarbatifs qui nous sont appris et que l'enseignement et tout formater en tant qu'item il y a des systèmes qui sont assez flous est assez vagues mais qui nous permettent d'accéder à ce type de définition et les objectifs de ce type de pratique. Après c'est quelque chose qu'on a pas forcément approfondi ou utilisé, mais au moins on sait que ça existe. Donc peut-être la création d'un item à l'ECN ou au moins aborder le sujet, Donc ça voudrait dire qu'un interne qui est au début de sa formation, je sais ce que c'est, et au moins les trois ou quatre objectifs principaux, et après c'est à chacun de vouloir développer ou non des compétences dans ce domaine, mais au moins avoir sensibilisé l'ensemble des étudiants dès l'externat, grâce par exemple un enseignement obligatoire, même si je pense pas que ce soit le mieux pour apprendre concrètement, mais après je pense pas que ce soit nos stages chez les médecins généralistes ou en hospitalier qui vont te permettre vraiment d'accéder à ça parce que même eux ils sont pas vraiment sensibles à ça et la plupart ne le pratique pas. Ou alors, vraiment dans des cas avec les maladies chroniques et c'est plutôt dans le domaine de la spécialité après on a moins accès à ça.

D1 : après un tant qu'externe tu peux faire une semaine d'éducation thérapeutique avec les diabétiques quand ils sont en groupe, et après dans n'importe quel service tu as souvent des gens qui viennent ou par exemple une infirmière qui vient éduquer sur les anticoagulants et donc quand tu es externe y a rien qui t'empêche d'aller participer à cette éducation.

D3 : oui mais après clairement si tu passes pas en endoc, tu n'auras pas de formation sur le diabète. Après moi, clairement, j'ai l'impression que les choses importantes, il faut comme tu disais : voilà un item il y a clairement le côté symbolique de la chose et qui fait que l'importance soit donnée.

D4 : J'ai l'impression que dans l'éducation thérapeutique du patient selon la définition en question, l'important c'est pas réellement le message qui passe mais plutôt la formalisation d'une envie de faire passer un message. Et ça c'est quelque chose de différent parce que si ce n'était pas le côté formel qui était différent alors on aurait associé l'éducation au cabinet et les programmes d'éducation du patient. Et donc le côté formel il est hyper important mais j'ai pas les connaissances pour comprendre pourquoi.

D1 : moi je pense que c'est comme avoir un spécialiste qui va te proposer un soin spécialisé et le médecin généraliste qui va simplifier et expliquer au patient alors peut-être que le programme d'éducation thérapeutique il va être édité pour quelque chose de spécialisé pour le patient et qu'avec le médecin généraliste c'est la continuité tout ça, et la simplification plus à la portée du patient.

D2 : moi ce que j'ai compris de l'éducation thérapeutique C'est que tu essayes de faire ressortir des choses des patients pour comprendre qu'elles étaient leurs attentes par rapport aux maladies, parce que ce qu'on fait en cabinet on fait pas mal de transmission verticale dans un seul sens, c'est quelque chose qu'on fait assez spontanément face à des patients qui n'ont pas forcément trop l'occasion, ou qui ne sont pas mis en situation de s'exprimer. Et que l'éducation thérapeutique moi ce que j'ai l'impression c'est plutôt aller chercher l'impression du patient, aller comprendre pourquoi le diabétique bouffe n'importe comment, pourquoi les hypertendus mettent plein de sel avec la moitié de sa salière. C'est plutôt ça c'est d'aller chercher chez le patient, qu'est-ce qui l'embête et d'apporter une réponse à ça.

D3 : Ça j'ai l'impression que tu peux quand même le faire au cabinet, Bon de toute manière. pourquoi madame bidule, enfin si tu arrives à prendre ce temps-là, peut arriver à comprendre pourquoi tel individu arrive pas à réguler sa tension, avoir une bonne alimentation, parce que là faut que j'aille chercher les enfants à cette heure-là donc j'ai pas le temps de manger comme il faut, j'ai pas le temps de me préparer à manger du coup, je me fais un truc rapide du coup je pense que l'individualité du truc, on peut la gérer en cabinet et avec une pseudo éducation effectivement c'est plutôt sur le côté très formel très protocolaires des programmes d'éducation thérapeutique qui m'intéresse.

D4 : Oui, oui c'est le symbole de dire votre maladie, elle est tellement importante et elle prend tellement de place dans votre vie que nous on va vous donner telle place pour en parler et pour nous donner votre ressenti et ça c'est quelque chose de différent d'une simple consultation chez le médecin généraliste.

D7 : Je pense que au-delà de ça, donner de la place aux patients ça veut dire aussi que participer à des programmes, c'est une démarche du patient aussi lui-même et que du coup ils se sent

vraiment inclus et acteur de sa pathologie et c'est lui qui dit, bon ben, je suis malade j'ai des choses à prendre en main, on me propose des choses, j'y vais et là justement, on lui dit, on vous apprend rien, on a juste à vous écouter et avoir ce que vous avez comme ressenti de votre pathologie et à ce moment-là, ça va être entendu alors que dans une consultation verticale de médecine générale, c'est le médecin qui a l'autorité, la connaissance, qui va lui apporter directement même si on est à l'écoute un moment différent et les programmes, enfin ce que je me représente c'est plutôt entre les patients, avec une communication plutôt horizontale avec des patients qui vont partager des choses entre eux, leur vécu, leurs astuces se donner des conseils. Et ça c'est quelque chose qu'on propose pas dans la médecine de type consultation en cabinet et encore moins hospitalière de type patient hospitalisé, Hôpital de jour, c'est quelque chose de différent, on accorde un temps, un moment à des patients et on les réunit et il y a des choses qui en ressortent de toi mais aussi d'eux-mêmes.

D5 : c'est vrai que pour tous les patients chroniques, je pense que si c'est des patients en médecine générale qu'on attend de voir pour renouveler l'ordonnance c'est des consultations qui sont souvent assez rapides en une vingtaine de minutes et donc l'éducation thérapeutique. Si on veut vraiment bien faire, ça prend au moins une bonne heure voire même plus. Tous les patients chroniques, c'est des gens qui pensent qu'en venant une fois tous les trois mois et prendre leurs médicaments ils ont fait leur boulot. Que le suivi c'est juste peser et prendre la tension. Et si on prend pas le temps de leur expliquer qui a plein d'autres choses importantes à côté, ils peuvent pas forcément le comprendre de même et ils auront pas une prise en charge. Après sur comment former ?

D1 : oui on c'est peut-être un peu éloigné du sujet ! (Rires)
 Déjà il faudrait qu'on sache que ça existe qu'on sache à quel point c'est bénéfique pour les patients, on sait que c'est bénéfique au patient mais que des gens qui en soient persuadés de ça nous l'apprennent, pour qu'on ait l'idée de le faire après. Si on nous l'apprend pas, si on ne le fait pas découvrir, on pourra pas s'y mettre de nous-même.

D6 : ce serait bien d'aller voir, de découvrir ce qui se fait déjà par exemple les diabétos le font très bien donc il faudrait aller découvrir leurs journées d'éducation.

K : tu es déjà allé les voir ?

D6 : oui lors d'hospitalisation de semaine, il y a divers ateliers où il y a la diététicienne il y a plein d'autres choses, on voit les patients discuter entre eux et échanger plein de choses. Je ne sais pas si ça peut être mis en œuvre de laisser une place à l'externe ou à l'interne une place intégrante à tout ça et qui lui permette de découvrir.

D7 : Le problème c'est que la formation médecine en général elle vient de nos pairs et c'est toujours eux qui nous apportent la connaissance alors que là, on a l'impression de toucher à autre chose et que c'est quelque chose qui vient du patient et qu'on a vraiment l'occasion d'avoir un patient qui va parler de ses problèmes de sa pathologie de quoi que ce soit et le patient qu'on a l'habitude de voir c'est en consultation et à ce moment-là on est moins dans une relation

d'échange. Habituellement c'est plutôt lui qui vient te consulter alors que là ce serait plutôt un échange de connaissances et c'est toi aussi qui vient le chercher. Avec le médecin qui dit apprenez-moi expliquez-moi comment vous ressentez comment vous vivez votre maladie on veut vraiment comprendre sa situation. Donc il faudrait être formé au parler du patient.

D1 : Ouais ça c'est clair, le quotidien des patients des fois, on a l'impression que quand tu as déjà vécu la pathologie et ben tu vas être beaucoup mieux dans tes conseils dans comment expliquer au patient et du coup ouais, faire venir les patients qui vont avoir la maladie depuis 15 ans 20 ans dans le domaine même de la psychiatrie, j'imagine par exemple un malade bipolaire, il va vraiment venir raconter son quotidien, comment on fait pour gérer et comment il vit ça avec tous ses médicaments, ses phases « up », ses phases « down ». Et tout ça et ben ça pourrait vraiment être une manière à nous d'apprendre tout ça et de le transmettre aux autres.

D4 : Aller vouloir chercher l'expertise du patient uniquement dans ces moments-là. Je pense que l'expertise du patient, on peut tout à fait y avoir accès en cabinet en consultation alors après oui c'est peut-être la consultation qui va prendre une demi-heure et qui va te mettre en retard mais je pense qu'il faut pas cloisonner les choses expertises du patient, on peut tous y avoir accès quand on veut il suffit qu'on arrive à prendre assez de temps et qu'on arrive à se sentir assez disponible à ce moment-là. Il faut pas qu'on ait 10000 autres choses à gérer en même temps. Donc l'expertise du patient, faut vraiment essayer de l'exploiter à chaque moment de notre pratique.

D1 : Mais il y aura pas le même statut entre le patient qui vient à son cabinet et le patient qui vient en professionnel de sa maladie et qui vient partager avec d'autres et par rapport au savoir qu'il peut t'apporter.

D5 : En gros sur la formation, il y a l'ouverture savoir ce que c'est savoir que ça existe et après il y a la formation en tant que telle un peu plus conséquente. Où je sais faire de l'éducation thérapeutique, où je sais monter un programme d'éducation thérapeutique, du coup, ça plutôt au moment de l'internat et ça c'est quelque chose à faire plus dans le cadre d'un DU d'une formation plus complémentaire pour les gens intéressés.

D4 : Il y a peut-être je sais adresser et je sais monter un projet.

D5 : Il faudrait aussi et qu'on arrive à comprendre à quel patient s'adresse l'éducation thérapeutique, dans quelle structure on doit l'adapter, vraiment essayer d'avoir une idée globale là-dessus pour gérer au mieux ces patients-là et que même, si on ne fait pas nous-mêmes de l'éducation thérapeutique où que l'on ne fait pas partie d'une structure où on a facilement accès à ça que justement ce soit pas si compliqué que ça pour nos patients d'accéder à l'éducation thérapeutique et que du coup on sache vers qui se retourner et puis on sache pour quel patient il faut faire de l'éducation thérapeutique.

D3 : Après, il faudrait aussi qu'on sache comment ça marche, parce que moi c'est un frein pour pratiquer l'ETP, alors que je suis convaincu de son efficacité, c'est aussi de savoir le temps que

ça va me prendre de monter un projet, quelles ressources je vais avoir besoin et puis surtout quelque chose de pas négligeable, est-ce que je vais être rémunéré pour faire ça et comment je vais être rémunéré et par qui. Après il faut aussi trouver des horaires où les patients sont dispo donc peut-être des heures un peu peut-être plus compliquées donc voilà faut pas non plus aussi que ça prenne sur ton temps de consultation parce que les patients ont besoin de temps de consultation.

D1 : Après ça fait parti du médecin, on est tous différents, certains vont faire plus de prévention, d'autres vous faire plutôt d'autres choses plutôt des gestes techniques et donc ceux qui veulent plutôt faire de l'éducation thérapeutique, ils vont quand même réussir à se former, de prendre le temps de se faire des contacts, de se former un bon réseau et puis ceux qui sont pas forcément intéressés, il faut pas non plus les obliger à faire toute la formation mais au moins qu'ils sachent que ça existe qu'ils aient les moyens de faire entrer leurs patients dans les réseaux d'éducation thérapeutique.

K : Donc déjà plutôt il vous faudrait une formation théorique mais à quel moment de vos études, plutôt l'externat, plutôt l'internat on n'a pas trop développé là-dessus.

D6 : Plutôt l'externat parce que ça touche tout le monde que ça nous fixe des bases, un peu carrées à tout le monde, les mêmes et après développer le reste si tu as envie de faire un DU ou de te perfectionner là-dedans.

K : Elle prendrait quelle forme cette formation ?

D3 : Ben dès l'externat, mais je sais pas si on peut pas déjà l'intégrer avant l'externat, avant ça, tu as cette fameuse PACES et moi, les souvenirs que j'ai quand on passait notre première année, ça dépend les facultés mais nous, il y avait des choses de psychiatrie et des choses comme ça et donc, ça permet de découvrir un peu les choses qui sont importantes dans certaines spécialités, nous, on avait typiquement l'alcool et le tabac d'entrée parce que ça c'est des choses importantes l'aspect l'alcool et le tabac quand on est médecin c'est forcément une partie de ton rôle. Donc je pense que l'éducation thérapeutique, ce serait quelque chose il faudrait très très rapidement en parler. Parce que bon il y a des choses, on apprend, on nous parle d'immunité et tout, ce n'est pas des choses très concrètes et c'est pas des choses utiles. Enfin moi des cours d'immuno, je sais pas vous mais moi il m'en reste pas grand-chose.

D1 : Mais si ! (Rires)

D3 : Non mais voilà, pour donner de l'importance il faut l'aborder tôt.

D1 : C'est vrai que pour donner de l'importance aux choses, il faut le rabâcher, le voir dès le début dès, le premier cycle, le revoir pendant le deuxième cycle et après pendant l'internat. Commencer d'abord par des cours théoriques. De toutes les choses importantes qu'on apprend c'est d'abord la théorie, ensuite c'est moitié-moitié à l'hôpital un peu de pratique et on revoit de

la théorique, et après vraiment de la pratique pure. Il faudrait pouvoir faire des stages dédiés à la pratique pure à l'éducation, à la prévention, et comme nous, par exemple à Grenoble, on faisait 2 semaines chez le médecin généraliste pour découvrir la médecine générale, et donc pourquoi pas faire durant l'externat faire une ou deux semaines d'éducation thérapeutique avec des associations telles que GRANTED ou Asalée.

D3 : oui l'idée c'est vraiment ça, c'est d'avoir un gros bagage théorique au moins un bon bagage théorique et après là-dessus de capitaliser pour que tu saches orienter sur ta pratique et après faire quelque chose vraiment si ça t'intéresse. Le savoir-faire il arrive après avec la pratique.

D4 : sachant qu'il a prévu le programme, la taille du programme si on ajoute des choses ça veut dire qu'il va falloir trier. Et je pense que moi personnellement vu l'externat que j'ai vécu, c'est pas ça, ça me paraît pas logique d'enlever certaines choses, moi j'ai l'impression que ce que j'ai appris, ça me permet de faire le tour des choses, la physiopathologie toutes les choses, l'échelle cellulaire, toutes ces choses qui nous permettent quand on explique au patient en mode petit soldat voilà on y arrive parce qu'on a tout ça derrière. Et moi sur le programme de l'externat ça me paraît très compliqué encore ajouter des choses et je vois pas trop ce qu'on pourrait retirer du moins de mon expérience.

D2 : sans aller jusqu'à faire 2 semaines, que de l'éducation thérapeutique, on pourrait déjà commencer par faire une demi-journée ou une journée complète où on découvre et on participe à des séances d'éducation thérapeutique, et donc ça je pense qu'on peut déjà y envisager pendant l'externat sans que ça rajoute vraiment une charge de travail importante donc ça doit faire enlever des choses au programme et ça permettrait déjà de commencer de découvrir.

D1 : Non mais c'est vrai que l'externat à l'heure actuelle avec la nouvelle formule de l'ECN, les externes doivent vraiment connaître leurs cours sur le bout des doigts aller chercher dans chaque détail et vraiment maintenant l'externe, on lui demande d'avoir une base de connaissances qui est hyper grande et hyper pointue. Et donc pourquoi pas rajouter de l'éducation thérapeutique et donc et après pourquoi pas enlever des cours qui sont quand même si peu comme par exemple les cellules de savoir quelle cellule à une couleur « brun chamois ».

D7 : Alors l'autre solution qui pourrait être de l'enseigner vraiment à part comme une entité et justement au moment de l'externat où c'est déjà quelque chose d'assez complet, ce serait de l'inclure dans un ou deux cours qui existent déjà par exemple on a déjà plein de cours sur le diabète avec des cours magistraux, et donc à cette occasion-là, clé, 1h en amphithéâtre où on fait par exemple intervenir un patient mais voilà quelque chose qui est axé sur l'éducation thérapeutique et quelque chose qu'on étudie vraiment, ça peut être pour le diabète, la tension, les maladies chroniques qu'on apprend pendant l'externat, il y en a plein et donc plutôt que de faire quelque chose un peu à part sur l'éducation thérapeutique quelque chose d'un peu abstrait et qui peut sembler à un moment donné pendant l'externat complètement dénué de sens et d'intérêt vraiment, l'inclure typiquement dans un des cours qu'on fait sur une maladie chronique. Et faire venir un patient issu d'une « université de patient » et le faire intervenir par exemple à la fin du cours voilà pour nous faire découvrir sa maladie et comment il a participé

à l'éducation thérapeutique comment il a ressenti, et voilà et concrètement c'est pas quelque chose qui va rajouter des choses au programme et après je pense que tous les externes présents à ce cours, ils s'en rappelleront, quoi, c'est quand même quelque chose, même 5 ans après, ils sont rappelleront quoi plutôt que d'avoir encore un cours par un professeur Untel voilà un cours par un patient ils se rappelleront.

D4 : moi, à Paris ? on avait une prof d'endoc qui nous avait en cours pendant l'externat, et une fois, une matinée, on était censé avoir un cours d'endocrinologie, donc enfin le diabète, on connaissait depuis des années et donc elle nous avait dit ben ce matin-là, on fera un cours d'éducation thérapeutique et du coup forcément personne était venu au cours, on était genre une dizaine quoi parce que ça apportait rien pour l'ECN. Et pourtant c'était intéressant, elle avait fait comme une pièce de théâtre et il y en avait un qui jouait un diabétique et l'autre un non diabétique, on faisait ça deux par deux, et puis on passait devant tous les autres et après tout le monde analysait, critiquait, donnait son avis. Et après on avait fait un groupe il y avait donc 5 fumeurs et un thérapeute. Et maintenant, on parle et maintenant, je comprends que c'était un cours vraiment d'éducation thérapeutique parce que en fait c'était une prof endocrino qui nous avait fait un truc sur le tabac quoi, donc sans être vraiment dans sa spécialité dans le truc et callée sur le sujet, vous avez travaillé sur des choses et on avait fait ressortir plein de choses super utiles quoi, fumeuse bah ça va un peu vraiment quoi.

K : Donc tu l'organiserai comment ton idée ?

D1 : Mais elle est trop bien ton idée ce serait génial de faire ça de plutôt que de faire un cours lambda de faire participer les étudiants de les faire réfléchir et discuter sur un sujet et de leur faire parler d'eux de leur expérience de leur ressenti.

D4 : Après l'important aussi ce serait qu'il y ait assez de formateurs parce que dans toutes les promos pour que ce soit efficace il faut que ce soit en petit groupe et donc dans ce cas il faut beaucoup de formateurs. Moi j'aime bien le concept de si on dit que l'on ne doit pas être dans la verticalité alors l'enseignement non plus ne peut pas être dans la verticalité non plus et donc il faudrait un petit peu mimer des groupes d'éducation thérapeutique.

D5 : Oui c'est sûr il faut que l'enseignement soit l'image de ce qu'on apprend, parce que c'est sûr que c'est à l'enseignement et sur un CD-Rom je suis pas sûr que ce soit hyper constructif.

D1 : ou alors pour que ce soit plus simple dans un premier temps, qu'on nous montre un film avec des patients sur l'éducation thérapeutique et puis après, être avec quelqu'un qui avec ton analyse, voit les informations qui en sont sorties voilà, mais quelque chose avec de vrais patients, mais pas nous faire des choses rébarbatives, où on nous explique l'éducation thérapeutique, ça nous sert à si, ça permet à un tel de discuter de sortir ça. Moi je pense qu'il faudrait vraiment que l'on voit des situations avec des malades.

D2 : Par contre, pour ce qui est de comment créer une formation à l'éducation thérapeutique, je ne vois pas ce que ça apporte de faire ça en plus d'un DU, enfin il y a déjà un DU qui existe, donc pourquoi faire une formation en plus ?

D3 : Ah ben moi au contraire je pense que l'éducation thérapeutique à toute sa place dans nos études et encore plus en tant que médecin généraliste. Et je pense que pour le coup c'est que ça à sa place là. Parce que moi ce qui m'embête avec les DU ce qui est bien, c'est qu'il y en a plein qui sont intéressants, tu ne pourras pas tous les faire pour des raisons de temps pour des raisons financières également. Et du coup, par contre ça l'éducation thérapeutique pour les généralistes, ça a vraiment une importance particulière qui mérite d'être une information globale classique, et ça, on doit l'avoir pendant nos études. Ce n'est pas quelque chose qu'on doit faire une fois qu'on est médecin, devoir faire la démarche de connaître ça et de découvrir ça

Question 2

Quelles compétences souhaitez-vous acquérir au cours d'une telle formation ?

D4 : un carnet d'adresse, où l'on puisse envoyer des gens.

D7 : Des techniques d'éducation, parce que globalement moi face un patient, je ne sais pas trop comment m'en sortir, c'est à dire que quand je vais lui dire c'est comme ça qu'il faut faire, je suis pas sûr que je vais pas donner trop d'informations, ou lui apporter les bonnes informations. Soit pas avec les bons mots, et si y'a pas 90 % de ce que je vais dire qui va pas être acquis. Et si je fais l'inverse, c'est-à-dire que si je lui donne pas d'information et que je le laisse parler dans son état des connaissances, j'ai l'impression de pas avoir fait mon travail et de ne pas lui avoir apporté des choses. Donc comment s'y prendre pour délivrer l'information juste. Après c'est comme une consultation au cabinet : savoir comment parler comment s'adapter au patient comment évaluer ce qui lui manque, comment lui apporter. Voilà c'est compliqué de faire de l'éducation, enfin je pense que déjà personne ici est parents, donc l'éducation on n'a pas trop l'habitude d'en faire (rires). Je pense que pour un patient c'est la même chose, l'éduquer ça veut dire qu'on part d'un niveau et qu'on espère arriver à mieux. C'est comme pour les enfants parfois, il y a des techniques d'éducation mais savoir celles qu'il faut utiliser ou pas, et à quel moment et puis et puis y a des patients qui sont compliqués et qui mettent des barrières, donc comment faire sauter ou contourner ces barrières.

D1 : Après ça c'est de la communication, faudrait apprendre les techniques de communication quand ils veulent pas entendre, ce qu'ils veulent savoir, ce qu'ils veulent pas savoir comment leur dire qu'ils comprennent les bonnes choses, comment faire un entretien motivationnel, pour les faire adhérer.

D2 : Après si c'est un atelier d'ETP déjà tu sélectionnes les "bons" patients, c'est quand même une bonne chose, ceux qui veulent venir, c'est pour en tirer quelque chose.

D1 : Oui, c'est vrai si tu organises une colonie de vacances, et que c'est dans un endroit hyper cool c'est sûr que ça va mieux marcher (rires). C'est comme les trucs de rhumato les cures, les patients adorent.

D3 : Après ça c'est à apprendre. Ce qu'il faudrait apprendre aussi, c'est les techniques d'animation de groupe, comment gérer plusieurs patients en même temps. Après si tu es un ou deux professionnels de santé, l'idée c'est que ce soit vraiment les patients qui parlent etc.. qui se livrent. C'est jamais simple, je pense de lancer un groupe, après c'est difficile aussi parce que tu as envie de les laisser parler, mais la difficulté, c'est de savoir les réorienter, de les emmener vers un but précis, en fait, de savoir recadrer les choses, mais justement sans être trop cadran, et je pense que vraiment ça, c'est pas inné, c'est quelque chose qui s'apprend, ça s'apprend par les techniques de communication.

K : Et donc comment on pourrait apprendre ça ? Comment apprendre à gérer un groupe ? Comment apprendre à communiquer avec des patients pour leur délivrer le bon message et qu'ils retiennent les bonnes choses ?

D3 : des ateliers pratiques !

Kévin : de combien d'heure ?

D1 : Oh une centaine (Rires). Ben non, que tu commences par une journée, le jeudi, comme en séminaire, à la fac, où tu découvres, tu t'interroges ...

D3 : Oui où tu t'interroges ! Et si tu as la possibilité d'assister, de découvrir la pratique pour après t'intéresser et après approfondir les choses c'est déjà bien, c'est déjà pas mal.

D5 : Il faudrait plusieurs ateliers où l'on ait la théorie et pratique.

D1 : oui un peu comme un DU où tu fais de la théorie de la pratique où tu apprends, tu regardes. Tu regardes comment les autres ils font en pratique, avec des vidéos par exemple.

D4 : Quand tu as des collègues qui font la même chose que toi et sur lesquels tu peux te comparer et que tu as une structure de travail et qui te permet de mettre en pratique, parce que sinon c'est des choses sur lesquelles tu perds hyper vite confiance. C'est beaucoup basé sur le relationnel et sur le feeling, c'est basé sur rien de sûr, pas un rationnel précis et où tu peux très vite perdre confiance et où tu n'oses plus le pratiquer et c'est dommage. Donc il faut pour les formations, que tu sais qu'il y a ça de prévu quand vous voulez vous inscrire mais quel est votre projet réel et surtout dans quelle structure vous mettez en pratique sinon c'est un gâchis.

D2 : Il faudrait faire une lettre de motivation, ou quelque chose comme ça, pour accéder à la formation.

D4 : Non pas pour exclure, mais pour qu'on soit conscient quand on s'y inscrit.

Moi je fais le DU d'hypnose par exemple et ben c'est exactement ça, en fait, c'est trop stylé mais si tu as pas de collègues et si tu as pas une structure de soins dans laquelle tu peux l'appliquer... Là concrètement avec mon changement stage, je me suis retrouvée bien bête parce que je pouvais plus pratiquer, parce que mes chefs ne connaissaient pas, parce que machin... parce que truc ... et ben tu perds vachement, parce que tu arrives plus à pratiquer quoi.

D1 : Oui, mais c'est quand même quelque chose que tu as appris, c'est pas perdu peut-être que dans un an, tu pourras t'y remettre, et tu pratiqueras un moment, ou si tu as besoin et tu feras peut-être juste une petite formation pour te remettre à niveau.

D4 : Non c'est jamais perdu, mais c'est dommage parce que tu pratiques plus, tu perds confiance et du coup tu te remets en question sur des choses, et puis je pense aussi tu arrêtes de progresser et c'est dommage. Et puis, tu as aussi un peu l'impression d'avoir appris des choses qui au final, se révèlent pas utiles, alors que tu pensais pouvoir les mettre en pratique. Non, c'est vraiment important d'avoir la structure derrière et d'avoir les collègues pour partager les choses, pour pouvoir pratiquer correctement et surtout ne pas perdre confiance et pouvoir discuter de ces choses-là.

D7 : Je pense que les compétences que l'on devrait pouvoir acquérir, elles sont quand même assez proche des compétences que doivent avoir les professeurs d'école. Enfin de la pédagogie un peu de base, et pour ça nous on est pas du tout formé, parce que c'est vraiment de l'enseignement, mais horizontal et ça c'est des compétences qu'ils apprennent quand ils font leurs études. Il y a pleins d'études sur comment faire pour apprendre des choses à des enfants en bas âge, comment se mettre à leur niveau, un petit peu une sorte de transmission horizontale. Donc là on n'est plus dans le cadre de la pédagogie que de l'enseignement médical pur et dur comme on a plutôt l'habitude de le faire. Moi j'ai pas été formé, enfin je pense que c'est pour tout le monde, on n'a pas été formé à le faire. Donc c'est assez flou, on n'a pas été formés en pédagogie, donc c'est plutôt de ce type de domaine-là qu'on aura besoin de s'inspirer pour pouvoir appliquer, pour pouvoir apporter aux patients. Donc c'est pas comme on l'a déjà dit plein de fois des relations verticales, où on apporte des choses aux patients, là on doit discuter des choses, faire vivre des choses : on insiste sur des points, qui en inspirent d'autres. On est face à des gens intéressés, qui se correspondent, qui sont ensemble au même moment, donc ça c'est vraiment de la pédagogie pure et dure. Donc ça, c'est comme d'hab, chaque enseignant a sa façon de fonctionner, mais il faut savoir s'adapter aux personnes que l'on a devant soi, et ça pour moi ça s'apparente plus à de la pédagogie. Ouais, savoir comment enseigner mais sans être trop théorique pur et dur.

D1 : Après je pense qu'en médecine, on a vraiment ce côté compagnonnage c'est-à-dire que tout au long de notre formation, on est à la fois formé par les gens au-dessus mais à la fois, on a aussi ce devoir de former les plus jeunes qui sont en dessous. Donc on a vraiment cette habitude et cette double casquette c'est-à-dire éducatrice et en même temps je dois aussi apprendre et transmettre mes connaissances. On est tout le temps comme ça, en train de partager des connaissances avec les chefs, les assistants, les internes et externes. On est toujours au milieu

et on a toujours quelqu'un au-dessus et au-dessous et on a l'habitude d'avoir cette attitude et de travailler de cette façon et apprendre et faire apprendre. Et ça, on le fait tout le temps, sans s'en rendre compte. On est tout le temps en train de se transmettre des petites techniques, des petites astuces, et c'est quelque chose que l'on doit arriver à faire, quand on a plusieurs patients devant nous, arriver à leurs faire se transmettre entre eux, leurs petites astuces, comment ils gèrent telle ou telle situation.

D6 : Faire ça avec les patients, c'est justement compliqué, tu es pas là pour leur apporter forcément du savoir, sinon ils vont croire que tu restes au-dessus, et/ou que tu te mets pas vraiment à leur niveau.

D7 : Oui, justement le mode d'apprentissage dont on parle, c'est vraiment quelque chose soit de pratico-pratique sur un sujet : Écoute, je sais pas trop comment on fait, si vous vous savez comment on fait ça, comment tu aurais fait toi, mais c'est toujours quelque chose d'assez vertical. Moi j'ai le savoir, si tu veux le savoir tu me poses la question et je t'apporte la réponse. Mais l'éducation est, telle que je la comprends, et telle que je la conçois, c'est pas ça, pour moi c'est : j'ai rien à vous apprendre, moi. Des fois, j'ai l'impression que c'est un peu comme le DMG avec ses séminaires, vous venez à un séminaire vous pensez qu'on va vous apprendre plein de choses, que vous allez avoir le bagage, avec des choses bien carrées, et puis en fait tu ressorts du séminaire et ben en fait tu peux pas dire là ça je l'ai appris par cœur, c'est bien ça, j'ai appris que toutes les choses de ça. En fait tu ressorts avec plein de notions, plein de nouvelles questions, mais avec quand même quelques notions, qui vont te permettent d'approfondir. On t'explique comment aller chercher les ressources qui vont t'intéresser, et dont tu penses que tu as besoin. Où tu te dis ben, si j'ai plus de questionnements, on m'a donné les liens ou les références pour me former plus. Ben j'ai l'impression que l'éducation thérapeutique, c'est un peu pareil, on apporte pas, voilà le patient il s'en fout de savoir si la glycémie elle est supérieure à 5 ou 4 millimoles, ça il le sait. Il le sait depuis le début, c'est pas de la connaissance pure théorique qu'il faut lui apprendre, mais c'est autre chose. Et ça voilà apprendre des normes à un patient, ça, je pense que je sais le faire, mais c'est tout le reste ça que je sais pas faire. Et que j'aimerais qu'on m'apprenne.

D4 : Ce qui est intéressant, dans ce que tu parlais D1, c'est que en fait, quand on est comme ça dans des formats hiérarchiques, quand on est interne : on est à la fois celui qui apprend et celui qui doit apprendre : aux patients, aux externes...Et donc on apprend assez intuitivement à jongler entre : être le sachant et être celui qui doit apprendre. Et donc ça c'est vachement intéressant pour l'éducation thérapeutique. Peut-être que quand il y a un groupe et que le groupe commence à raconter trop de bêtises sur le plan médical, ça peut-être bien de reprendre, un tout petit instant, et de vite remettre juste un petit point pour recadrer depuis ta position de sachant, et après de reprendre ta position de simple écoute.

D2 : Je pense qu'il y a des techniques aussi de communication, de gestion groupe, qui sont encore à part de juste se mettre dans la position d'apprenant ou d'enseignant. Essayer encore quelque chose de différent que juste ce que tu disais, c'est quelque chose qu'on apprend pas au cours des études médicales, parce que certes, on apprend à apprendre de quelqu'un d'autre et

on apprend à transmettre nos connaissances, mais on apprend pas à gérer un groupe vers lequel on est censé le mener, vers un point, un point précis et ça on apprend pas du tout à le gérer. Ça je me demande si c'est pas justement des techniques de pédagogies qu'on devrait apprendre, si on veut faire des ateliers d'éducation thérapeutique

D1 : Je sais pas, mais c'est des choses, j'ai l'impression que tout au long de notre formation on apprend avec les gens, quand t'as des co-internes qui t'apprennent plein de choses, tu leur apprends des choses, tu as des externes qui vont t'apprendre des choses aussi parce qu'ils ont des connaissances plus précises sur certaines choses, toi tu leur apprends d'autres choses aussi. Et que c'est pas tout le temps en vertical, que c'est pas parce que quelqu'un va être assistant et que l'autre va être externe que les informations vont pas aller dans les deux sens on côtoie plein de gens et que du coup, tu vas prendre du chirurgien, tu vas prendre du spécialiste. On est on est tous là, à travailler dans le même objectif et en fait on apprend plein de choses tout le temps, de tout le monde.

D7 : après je pense que d'un côté c'est vrai, mais après si tu veux plutôt dire qu'on effectue déjà ce type d'apprentissage, c'est surtout dans les groupes de pairs et dans les groupes de GAC, parce que là c'est vraiment un échange de connaissances, on part tous du même niveau, on se juge pas, c'est plus un partage de connaissances. Là on peut dire que oui, on le fait et on peut dire qu'en général ça se passe toujours bien, et les modérateurs qui gèrent les groupes de pairs et dans les groupes de GAC, surtout là, ils ont des formations pour le devenir, et dans l'ensemble ils y arrivent tous bien, alors qu'ils ont pas forcément les, toutes les connaissances qui sont abordées.

D1 : Non mais les groupes de pairs typiquement, tu as pas besoin de te former pour faire un groupe de pairs et au final tu te formes sur le tas. Bon après c'est pas forcément une bonne chose de se former sur le tas.

D4 : En tout cas, je pense qu'il y a les deux qui sont assez différents : transfert de connaissances, c'est pas équivalent à verticalité. Et c'est pas parce qu'on est dans l'horizontalité qu'il n'y a aucun transfert de connaissance. Les deux ne sont pas mutuellement exclusifs.

D5 : c'est pas parce que toi, tu as un savoir médical, que ce que tu peux transmettre c'est quelque chose de vertical, tu peux transmettre horizontalement c'est-à-dire tu peux le transmettre de façon à échanger à partager, mais où il faut laisser l'espace aux autres pour t'apporter aussi leurs connaissances, leurs modes de vie. Du coup, il y avait peut-être aussi sur les connaissances, on en parlait tout à l'heure, mais il y a l'aspect pratique : le financement, le cadre, comment monter le projet, comment est-ce qu'il faut faire pour monter un projet de ce type.

D1 : comment recruter les gens, comment les faire adhérer au projet.

D3 : Moi j'aimerais bien, je suis désolé je reviens un peu sur la question 1, je suis désolé, mais comme on doit être formé à l'ETP, juste savoir quel bénéfice le patient en tire, parce que je

pense que si l'ARS finance l'ETP, c'est qu'ils se sont rendu compte qui avait un bénéfice, que le patient bien formé, il doit coûter moins cher, et savoir sur quoi ils se sont basés pour en arriver à ça mais concrètement, quelles études ils ont fait.

Question 3 : Selon vous que pourrait vous apporter une formation à l'ETP dans votre pratique des soins de primaires ?

D1 : Il y a un piège dans la question ??? (Rires)

D3 : La possibilité de pouvoir orienter, déjà, chez quelqu'un qui pratique l'ETP.

D7 : Savoir en gros quel patient en a besoin, quel patient en aurait besoin mais ne serait pas adapté à ce type de projet. Savoir orienter, enfin, savoir au moins adresser déjà. Ça correspond de toute façon aux compétences de base du médecin généraliste : savoir organiser un programme de soin pour sa patientèle.

D2 : Pouvoir peut-être aussi repérer par l'innovation ce qui pourrait devenir formateur, faire partager leurs connaissances

D1 : Pouvoir le faire voilà ! Et après motiver les patients pour faire de l'éducation thérapeutique, savoir expliquer pourquoi c'est bénéfique. Moi personnellement, ça m'intéresserait beaucoup d'en faire, j'adore tout ce qui va autour de la prévention, je pense qu'on n'y passe pas assez de temps en médecine générale, et si je suis formée là-dedans et que j'en tire un bénéfice pour mes patients ça m'intéresserait fortement.

K : Et alors quel en serait le bénéfice pour tes patients ?

D1 : Ben qu'ils fassent moins de rechute, qu'ils aient besoin de moins de médicaments, qu'ils fassent moins de mauvaise gestion de médicaments, qu'ils aient moins d'effets indésirables... Comme pour le diabète : qu'ils restent stables plus longtemps, qu'ils aient moins de complications. Que je me pose moins de questions bêtes (Rires) !

D5 : En fait, c'est le patient qui devient son propre médecin !!

D7 : Après au final, si tu accède à des programmes d'ETP en tant que médecin généraliste, donc ça veut dire que tu participes à des ateliers, et donc forcément la connaissance des patients te vient aux oreilles, et donc c'est des connaissances que tu acquiers, mais tu aurais eu aucun autre moyen de les avoir. Parce que dans ta pratique, dans ta connaissance de la maladie décrire des connaissances, que tu n'aurais absolument pas eu dans les bouquins ou dans d'autres choses et le fait d'avoir plusieurs patients en même temps, qui vont délivrer des messages en commun ou divergeants, c'est hyper enrichissant. C'est vraiment un gain d'expérience, donc il y a un bénéfice pour le patient, mais aussi un bénéfice pour le médecin. Un autre bénéfice, c'est que comme on a dit pour faire de la bonne éducation thérapeutique il faut être un bon communicant et ça c'est des compétences qui se pratiquent, mais pas uniquement, c'est des

compétences qui sont utiles à tout moment dans une relation médecin-malade : savoir bien communiquer, être bien pédagogue, c'est que des compétences en plus, que tu sauras ressortir à d'autres situations. Et pour d'autres patients qui sont pas forcément des malades chroniques et qui sont pas forcément en rapport avec l'ETP, mais cette pratique de l'ETP peut te servir du coup, indirectement, pour ces patients-là.

D4 : C'est aussi un mode relationnel et plus tu pratiques, plus tu pratiques...

Faire de l'ETP ça me donne accès à ce mode de relation un peu plus horizontale. Et ça me donne accès à prendre l'habitude d'utiliser, à certains moments, l'expertise des patients, et après tu t'en sors dans tes relations avec tes patients dans ton cabinet. Par exemple un moment dans ton cabinet, si tu sens que ton patient il décroche, que tu lui donnes trop d'information... Ben là, grâce à ton expérience dans l'éducation thérapeutique, simplement poser la question : et vous ? Et donc ça permet de vraiment recadrer la consultation et de vraiment la rentabiliser en termes de connaissance et de ne pas continuer à perdre du temps, à perdre des consultations, à répéter un peu toujours les mêmes choses, qui au final, seraient pas efficaces pour ton patient, ou bien ne seraient pas entendues et pas enregistrées correctement. Et ça permet de gagner du temps pour ta consultation en disant toujours les mêmes choses.

D1 : Ça te permet d'avoir une meilleure connaissance de tes patients, tu gagnes sur la façon de les informer, sur la façon de vivre un peu la maladie, et mener les actions thérapeutiques avec eux, de donner une autre écoute et une autre approche.

D3 : Ce qui est important aussi sur ce genre de relation c'est la remise en question du praticien par rapport aux personnes et à la personne qu'il a en face et clairement resensibiliser là-dessus clairement, je pense même dans ta pratique des soins primaires, tu peux dire ha là ben non j'ai donné trop d'informations ou alors là il faut que j'en redonne à la personne parce que quand tu vois que au cabinet trois patients différents tu leur expliques ils ont pas compris c'est peut-être aussi que toi tu as un problème.

D5 : c'est marrant parce qu'au final, en fait d'éducation thérapeutique, c'est un peu pour faire de la prévention, alors qu'au final la démarche est un peu inversée parce que c'est des gens qui sont déjà malades, et on n'est plus dans l'information...

D4 : on est dans la récupération.

D1 : C'est un peu la même chose, c'est un peu le même objectif, une méthode qui est différente, mais pour moi ça revient un peu la même chose. En fait tout est lié, quelle est la meilleure méthode pour donner la meilleure information au patient ou de faire comprendre quelque chose au patient. Est-ce que c'est les patients qui ne comprennent pas, ou si c'est l'information qu'on donne de façon pas adaptée.

D2 : L'ETP, ça te permet aussi peut-être comme les patients ont des problèmes relationnels qui les empêcheraient de dire certaines choses, quand ils sont simplement face au corps médical et du coup ça peut te faire comprendre aussi qui a ces choses qui bloquent. Par exemple le cas des

obèses si à chaque fois, on leur dit maintenant il faut perdre du poids, maintenant, tout de suite, ça va les braquer du coup c'est pas efficace. Et peut-être que si un jour tu te retrouves avec cinq ou six personnes qui se retrouvent devant toi et qui disent la même chose, ça permet de te remettre en question. Te dire que c'est peut-être pas comme ça qu'il faut s'y prendre, qu'il y a peut-être une autre méthode de dire les choses pour arriver au bon résultat.

D1 : oui, alors ça me fait penser à quelque chose, on a pris beaucoup de recul sur la façon d'annoncer les maladies graves aux gens et on a beaucoup appris du retour des patients et comment ils avaient ressentis ça et à quel point on leur avait mal annoncé leur maladie grave et que ça avait été un choc. Donc maintenant c'est hyper codifié, on a des formations dessus on sait tout ce qui faut : plante verte, couper le téléphone, pas le faire le vendredi soir... Et donc tout ça c'est grâce au retour des patients et donc moi je pense aussi que l'éducation thérapeutique peut nous apporter plein de choses, donner plein de perspective pour la suite pour améliorer nos pratiques.

D7 : au début de l'exposé, tu as bien fait la différence entre l'éducation au cabinet et les programmes d'ETP, mais d'un côté si on est bien formé aux programmes d'ETP, et qu'on vient complétement au domaine de l'ETP, ça permettra de probablement développer pendant notre petite consultation de médecine générale au cabinet de faire de l'éducation accessible rapidement 30 minutes face à un patient. Moi d'expérience, je me suis jamais vraiment rendu compte que c'était de l'éducation thérapeutique mais je voyais souvent mes praticiens et voilà quoi. Mais comme en 20 minutes, on peut pas, on a pas le temps de faire un super truc, de faire le point sur toutes les règles d'hygiène, de l'attention du diabète. Mais poser une ou deux questions au patient sur la consultation et il doit réfléchir pour donner les résultats, la réponse à la consultation d'après et ça je pense que c'est quelque chose, qui est vachement accessible en soins primaires et que forcément la formation générale, elle permettra de pouvoir adapter un petit peu à l'exercice libéral. Et du coup on adoptera ce sera plus vraiment des programmes, ce sera pas administré par l'ARS, ce sera pas les choses qu'on a parlé au début mais avec ses petites techniques, on va réussir à se mettre au niveau des patients et à trouver des petites méthodes, enfin voilà. Moi je vois l'expérience des médecins généralistes ce qui souvent à la fin de la consultation, surtout lors des consultations psychologiques ou psychiatriques sur l'ordonnance de médicaments, ils mettaient des questions sur lesquelles le patient devait répondre, soit par écrit, soit par oral pour la consultation d'après. Pour moi c'est une part importante de l'éducation thérapeutique ça fait comprendre au patient, voilà vous avez des devoirs à faire, c'est vous l'acteur de votre maladie, de votre traitement et de votre santé en général. Moi j'ai pas forcément la réponse, je vous pose la question c'est vous qui allez m'apporter les réponses pour vous aider à vous soigner c'est un peu ça quoi. Et donc ça c'est applicable au quotidien donc c'est pas mal là d'avoir ces compétences.

Question 4 : Dernière question que pensez-vous d'une formation commune avec d'autres professionnels de santé ?

D6 : Je pense que ça concerne tout le monde. Ne serait-ce que pour avoir des dialogues avec d'autres professionnels, pour avoir leur avis et la façon dont ils font.

D2 : Bravo D6 tu as parlé 15 secondes !

D6 : Je pense que je vais avoir le temps de parole le plus court de tous vos groupes.

D1 : Vas-y, vas-y parle un peu !

D6 : Non non, non, je veux pas faire trop bosser K, pour pas qu'il ait trop de choses à écrire.

D1 : C'est clairement une très bonne chose de faire ça avec d'autres professionnels de santé. Parce que de toute manière nous en tant que médecin, on a pas le temps de faire toute l'éducation du patient et on doit donc s'appuyer sur d'autres professionnels et je pense que ça doit passer par un travail d'équipe et du coup que l'on peut partager ça avec les infirmières, avec les kinésithérapeutes, avec les psychologues, avec les diététiciens, les spécialistes, tous les autres paramédicaux au sens large, qui peuvent travailler dans le même sens que nous et comprendre les patients chacun à leur manière en leur faisant comprendre des choses.

D5 : Je ne vois pas en quoi ça peut être un frein d'avoir plusieurs types de profession.

D2 : Au final, ça peut être bien, mais il faut pas qu'il y ait trop de déséquilibre dans les professions, pas de déséquilibre dans les effectifs. Par exemple, moi, j'ai fait le DU de soins et des plaies il y avait un gros déséquilibre : on était 3 médecins et 30 infirmiers, et ce n'était pas très agréable pour moi en tant que médecin. Ce que je veux dire c'est pas une question de niveau de connaissances bien sûr, mais c'est plutôt pour le niveau relationnel et pour tout ce qui peut y avoir de hiérarchique parmi tous les professionnels de la santé. Il faut veiller à ce que ce soit équilibré qu'il y ai pas une profession qui prennent le pas sur les autres.

D3 : Oui alors ça c'est quelque chose d'important que tu évoques. Il faut que du coup si les gens qui sont formés, c'est pluridisciplinaire, il faut aussi que les gens qui nous forment viennent de plusieurs horizons, pas qu'il y ait que des médecins, que des infirmiers, ou untel ou untel qui fasse la formation. Il faut que les enseignants qui nous forment viennent de tous horizons. Et là ça change toute la donne, c'est là où c'est super enrichissant. Je pense qu'en tant qu'interne, on n'a jamais autant appris qu'avec les infirmières, il faut être clair.

D1 : Alors moi je comprends plutôt la question comme qu'est-ce que vous pensez que dans la formation il y ait des infirmiers, des kinés, etc... Et qu'est-ce que vous pensez qu'on soit tous ensemble ?

D3 : Mais oui, c'est très intéressant. Parce qu'il peut y avoir des questions qui sont être totalement différentes sur une même problématique en fonction de ta profession d'origine. Je pense qu'on aborde pas du tout le problème de la même façon en se posant les mêmes questions, et avec un point de vue totalement différent et du coup je pense qu'il y a plein d'autres questions qui vont émerger, en fonction de ce point de vue. Et c'est là qu'on aborde le cœur du problème. Toi, tu vas pas te poser telle question parce que c'est pas ta problématique, alors qu'une autre profession oui et donc ça va clairement enrichir la séance.

D4 : Enfin là du coup, si on se dit que l'éducation thérapeutique c'est faire émerger de la ressource qui est déjà présente, ben du coup l'idée ce serait faire la formation à l'image de ce qu'on veut faire et du coup ce serait juste trop bien ! Et après on se retrouve dans le monde des bisounours !

D7 : C'est une bonne possibilité que ce soit ouvert à tous les professionnels de santé, qu'il n'y ait pas que les médecins qui y aient accès, parce que sinon ça aura aucun sens.

D2 : Est-ce qu'on ouvre aussi à des patients experts ?

D7 : Je pense que oui et je sais que c'est déjà le cas. Il y a des patients qui sont rémunérés pour leur expertise de leur pathologie au sein de l'université de patient. Et que ça se fait déjà et que c'est à travers ces experts patients que les patients apprennent plus de choses entre eux en fait. Ces experts patients ont beaucoup plus de légitimité au regard des autres patients qu'un médecin et ça on peut rien y faire. Forcément au regard du patient, on restera le médecin et que le médecin quoi. Donc oui je pense que c'est pas que les professionnels de santé qui doivent le faire et ça doit aussi être ouvert, comme tu le disais au patient expert, c'est clair.

K : Donc le prototype de l'éducateur à thérapeutique type c'est un médecin qui a la maladie (Rires).

D2 : Non, non, non parce que le problème, c'est que les médecins se soignent mal, donc ce sont de très mauvais patients !

K : Et donc le patient expert interviendrait dans votre formation ?

D2 : Il pourrait aussi être formé en même temps que nous.

D4 : Mais du coup il y a des patients qui sont plus expert, que d'autres patients.

D1 : Et oui...

D3 : Et ça permet aussi pendant cette formation, du coup, de former ton réseau en tant que futurs médecins, de pouvoir rencontrer des gens de pleins de professions paramédicales et médicales et du coup de rencontrer des gens.

.....

K : Très bien merci à tous nous avons terminé, merci beaucoup de votre participation et de votre présence ce soir.

FIN

Focus group E

E1 : 6^{ème} semestre

E2 : 4^{ème} semestre

E3 : 4^{ème} semestre

E4 : 4^{ème} semestre

E5 : 4^{ème} semestre

E6 : 4^{ème} semestre

E7 : 2^{ème} semestre

Question 1 : Comment aimeriez-vous être formé à l'ETP ?

E3 : ben déjà juste en tant qu'observatrice dans un groupe d'éducation thérapeutique pour euh regarder comment ça se passe et se mettre à la place d'un patient qui a une maladie chronique et voir un peu ce qu'on nous dit

E1 : moi je dirais que euh on a déjà quelque part une formation effectivement dans les stages qu'on a pu avoir, j'aurais en exemple le diabète, je pense que c'est ce qu'il y a de plus développé ou effectivement dans les groupes dans les services que ce soit à l'hôpital sous forme d'hôpital de jour ou sous forme de journée à thème avec chacun des intervenants qui passe. En tant que qu'externe ou en tant qu'interne on a déjà pu y prendre part. Et puis en autre expérience similaire, euh j'aurais tout ce qui est rhumatologie, les maladies inflammatoires chroniques, que ce soit polyarthrite rhumatoïde ou spondylarthrite ankylosante après j'imagine que d'autres spécialités doivent également faire des choses du même type, les gastroentérologues pour les MICI, les choses comme ça je dirais que c'est déjà une sorte de formation de savoir que ça existe et de savoir le proposer au patient, que c'est déjà un début à défaut de savoir le faire ou l'animer.

E2 : ouais je trouve que l'observation c'est vraiment déjà primordial parce qu'on doit pouvoir s'adapter à tout type de patient euh moi je vois quand je suis passé en pédiatrie en tant qu'externe, euh devoir expliquer à un petit de 6 ans $\frac{1}{2}$ - 7 ans qu'il est diabétique de type 1 et qu'en fait il va falloir qu'il comprenne un petit peu sa maladie, il va falloir aussi savoir s'appuyer sur tous les outils qui sont disponibles, ya pas mal de euh, merchandising et de d'outils que ce soit des livres ou des plaquettes qui sont nécessaires et euh apportent vraiment un plus dans l'explication aux enfants.

E1 : quand tu parles de merchandising tu veux dire ?

E2 : que ya beaucoup de livre qui se ressemblent beaucoup, qui se recoupent pas mal euh qui sont peut-être un petit peu commerciaux aussi sur l'utilité par rapport aux enfants

E1 : parce que développés par les laboratoires ?

E2 : je sais pas si c'est par les laboratoires mais faut dire que ya des bouquins, que en comparant certains livres, t'avais des outils qu'étaient beaucoup plus adaptés à des enfants parfois enfin voilà j'avais 3 livres qui étaient adaptés pour les enfants, yen avait un qui était

vraiment pour du 6-7 ans et d'autres livres qui étaient censés être adaptés pour des enfants de cet âge-là et qui à mon avis étaient compliqués

E1 : donc des supports adaptés

E4 : dans nos études on apprend beaucoup de choses mais sur l'information qui doit être délivrée au patient surtout dans la maladie chronique finalement ya très peu de connaissances qui nous sont demandées, souvent on va les chercher par nous-même par exemple quand moi je suis passé en diabétologie ben euh les ateliers où on explique le diabète aux enfants c'étaient des moments où c'étaient spontanément nous qui allions chercher cette éducation thérapeutique parce que sinon on passe notre temps dans le service à faire tourner le service et on passe pas forcément de temps à cette éducation thérapeutique. Bon après on peut prendre le temps mais je trouve ça extrêmement intéressant d'avoir le temps d'apprendre ça parce que après au cabinet ça va être primordial sur la suite de la prise en charge.

E2 : l'éducation thérapeutique c'est aussi savoir utiliser les bons mots pour expliquer au patient sa maladie, finalement que ce soit à l'hôpital ou parfois en libéral on est sur des maladies qui sont pas très claires pour le patient où moi je me trouve à devoir réexpliquer parce que en demandant explicitement au patient s'il a bien compris sa maladie, euh non il n'a pas compris et voilà il faut réadapter en disant des mots qui lui parlent, que lui il comprend pour qu'il puisse un comprendre sa maladie et deux qu'il accepte les traitements.

E1 : moi je remarque qu'il faut qu'on fasse hyper gaffe parce que si on en croit l'HAS, là ce que tu expliques au cours de la consult ou aux urgences quand tu vois le patient c'est pas de l'ETP, jsuis un petit peu étonné parce que je trouve que ça fait partie, que c'est une forme d'éducation et à leur traitement et à leur pathologie, de reprendre les choses et d'effectivement d'adapter le vocabulaire c'est un effort à faire à chaque fois et puis euh du coup c'est un peu perturbant cette histoire, on se dit qu'on en fait tous un petit peu et en fait selon l'HAS, c'est une histoire d'organiser vraiment quelque chose et de se dire que comment on veut être formé ça veut dire comment on veut être formé à savoir organiser en tant que médecin avec les partenaires enfin j'ai l'impression de comprendre ça, comment est-ce qu'on organise avec les infirmiers, les kinés ou le nutritionniste en fonction de la pathologie ou d'autres intervenants des journées à l'intention des patients.

E5 : ouais moi je suis assez d'accord dans le sens où toi en tant que médecin généraliste faut déjà qu'on ait un peu entre guillemets la théorie à savoir euh par rapport à la maladie, qui sont les intervenants, qui on peut solliciter, donc déjà cette théorie-là euh et puis avoir les supports comme tu disais faut savoir avoir les bons mots, mais aussi savoir passer le message avec différents supports et ça on ne les a, enfin moi je ne les ai pas forcément en tête. Et après je pense qu'une fois qu'on a cette théorie-là, savoir à qui s'adresser pour avoir les supports, faire de la pratique, aller voir sur place,

E3 : ouais, je pense que dans un premier temps, faudrait qu'il y ait tous les intervenants genre diététicienne vraiment toutes les spécialités différentes qui nous expliquent comme si on était le patient avec leurs propres mots enfin tel qu'elles le font d'habitude qu'on voit un peu le vocabulaire et après je trouve que c'est vraiment de l'entraînement parce que je trouve que malheureusement les premiers patients à qui on pense à l'éducation thérapeutique c'est un peu les crash tests où on utilise nos mots et avec l'expérience je pense qu'on va être de plus en plus enfin meilleurs de plus en plus et du coup il faudrait créer des espèces de simulations avec des gens qui sont experts en éducation thérapeutique moi je ne sais, ce qu'il va se passer pour le patient et qu'ils simulent un peu des réactions et que nous on sache s'adapter, après ce qui est compliqué c'est que chaque éducation thérapeutique ça dépend vraiment du patient à

qui on parle et je trouve que le médecin traitant c'est difficile à former et chaque médecin traitant connaît bien ses patients et il doit savoir comment s'adresser à chacun de ses patients et c'est difficile je trouve d'uniformiser une vraie formation parce qu'on s'adapte aussi sur le coup au patient et à son histoire et ses connaissances.

E6 : et du coup pour ça il faudrait libérer du temps dans les stages, enfin parce que souvent le rôle de l'interne c'est de faire tourner plus ou moins le service on est beaucoup avec les patients, faire le tour le matin, les courriers des entrées l'après-midi, on est pas beaucoup en consultations où vraiment on discute avec les patients et où on voit les autres intervenants qui peuvent faire de l'éducation thérapeutique comme

E1 : moi je trouve que t'as moyen de enfin, on a peut-être pas été dans les mêmes stages mais à la demande c'est possible de se dégager pas une journée entière mais de se dégager une heure ou deux pour aller à des ateliers de ce type-là. Enfin moi c'est l'expérience que j'ai eu en tous cas pour reprendre mon expérience moi j'ai pu faire justement en rhumatologie, j'ai pas vu l'ensemble des intervenants sur la journée mais j'ai pu voir l'ergo et le médecin parler à l'ensemble des patients des traitements et l'ergo des différentes choses disponibles et du coup pour le coup, pour rebondir sur E3 j'avais l'impression que c'était tout à fait possible de généraliser l'information quelques soient les patients et quelque soit leur histoire même si ça ne les concerne pas directement de parler de tels ou tels traitements parce qu'ils en ont besoin ou parce qu'ils l'ont déjà eu et que ça n'a pas marché enfin qu'ils ne l'ont pas actuellement. Ou par exemple pour l'ergothérapeute pour rester sur des exemples concrets, que j'ai pu voir, qui parlait de certaines adaptations dont les patients avaient pas besoin je sais pas en fonction de l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde ils avaient pas forcément besoin de telle ou telle adaptation de l'environnement donc euh, mais bon ça leur donnait une idée de ce qui existait si ça évoluait ou euh même savoir pour leur culture générale de la maladie c'est intéressant. Et autre exemple, pareil c'était en pédiatrie avec, sur des enfants diabétiques de type 1 pareil j'ai pas fait la journée entière mais voilà.

E5 : après je pense du coup la formation je pense qu'elle ne doit pas être que dans les stages parce que ça dépend tellement des stages par exemple moi le diabète j'ai jamais été formé j'ai pas fait de stage en diabète et carrément j'y connais rien et peut être que j'y passerai pas et sûrement que j'y passerai pas et ça va me manquer, dans ma formation ça va me manquer et du coup je pense que ça ne peut pas être fait uniquement que dans les stages il faut forcément qu'il y ait à la fac quelque chose, un support je sais pas.

E2 : et de toute façon ya trop de services où on a des maladies chroniques avec des demandes, il faut savoir expliquer au patient parce qu'on aura forcément au moins un malade d'une maladie chronique qu'on aura pas vu dans notre formation.

E6 : pour revenir à la définition de l'HAS je suis pas sûr qu'ils veulent dire qu'il y a vraiment qu'un truc organisé pour faire l'ETP je me demande s'ils veulent pas plutôt dire qu'il n'y a pas que ce qu'on va dire pendant la consultation et que justement que c'est un tout, que ça fait partie de l'ETP mais qu'il faut pas oublier qu'il faut organiser les réunions avec les spécialistes avec l'infirmière avec les différents paramédicaux etc, pour faire une éducation qui est vraiment globale avec plusieurs interlocuteurs etc et donc c'est pour ça qu'ils disent, enfin que c'est pas, que l'information au cabinet n'est pas de l'éducation thérapeutique parce que c'est vraiment un truc global et que ça s'organise et que du coup ya les consultations mais ya aussi le reste. Je pense pas que quand ils disent s'organiser ils parlent vraiment de, que de l'organisation d'une réunion où on va mettre plusieurs professionnels pour expliquer tout ça tout ça

E1 Tu penses que c'est un et/ou et pas un...

E6 : ouais plus et/ou

E1 : c'est inclusif

E7 : mais là c'est les infirmières beaucoup qui font l'éducation thérapeutique, ya des infirmières spécialisées en éducation thérapeutique donc euh en stage aller avec elles c'est se former, enfin elles, elles sont formées comment actuellement en fait les infirmières d'éducation thérapeutique ?

E4 : elles ont des stages de formation.

E6 : par exemple ya des associations au cabinet, les associations Asalée les trucs comme ça. Là où j'étais en stage en UPL y avait une infirmière Asalée du coup elle est formée. Elle va faire de l'éducation thérapeutique par exemple sur euh sur le diabète, de la prévention aussi c'est surtout ça surtout ce qui va être la BPCO, l'arrêt du tabac euh et du coup elle est formée pour le coup et justement c'est complémentaire aux consultations qu'il peut y avoir avec le médecin généraliste je pense.

E7 : moi quand j'étais externe j'ai fait une colo avec des ados diabétiques où on faisait de l'éducation thérapeutique dans ce cadre-là et je trouvais que c'était intéressant et je trouvais que c'était une bonne façon de se former à l'éducation thérapeutique vu qu'on est à la fois avec une équipe médicale et à la fois avec les patients qui sont sous la main et en plus ça dure 2 semaines donc on peut faire de l'éducation régulière avec l'AJD.

E4 : il y a d'autres organismes comme ça ?

E7 : Je ne sais pas ya de l'éducation thérapeutique, des colos pour les enfants obèses

E1 : je pense que la difficulté euh en tant que médecin, en tant que médecin généraliste en particulier c'est que on parle pas d'une seule pathologie mais de l'ensemble des pathologies donc euh enfin, c'est à dire que dans la même matinée euh si on parle d'une consultation par exemple, dans la même journée où euh sur un temps donné ou pour la même personne on va pouvoir à quelqu'un qui serait sujet à être intéressé pour qui ce serait intéressant d'avoir une éducation thérapeutique un coup sur son diabète et puis après la fois d'après sur son mal de dos euh chronique, une fois encore après sur le fait que il est insuffisant rénal et faut lui dire qu'il prenne pas d'AINS pour un oui ou pour un non, que à nouveau encore après ça va être une autre pathologie je sais pas, il est cardiaque, dyslipidémique machin et qu'il peut également faire une éducation sur pourquoi il prend du Kardégic et pourquoi il faut arrêter de manger du saucisson à tout bout de champ et je pense que c'est ça la difficulté parce que l'infirmière elle est rôdée sur un truc et forcément elle va être bien calée mais nous faut savoir être calé sur un grand nombre de sujets et on en vient à la question de la nécessité de mettre en place des ETP. Mais ça en tout cas ya pas de formation, je sais pas si c'est de la débrouillardise, la discussion avec les, je pense que c'est surtout une bonne entente avec les personnes, les professionnels de santé avec qui on travaille qui permet de mettre ça en place.

P : Et E5 quand tu parlais de mettre quelque chose à la fac tu voyais ça comment ?

E5 : Comment tu peux voir ça ? je sais pas ça pourrait être un peu sous forme comme on avait sous forme de séminaire où on avait un peu on va dire des grandes, des grandes maladies mais je sais pas on pourrait faire cardio et puis on voit éducation AVK, éducation je sais pas enfin faire un espèce de listing en fait de toutes les éducations importantes à faire en médecine

générale, peut-être avoir euh ouais se poser la question de qu'est-ce qui est primordial parce que l'éducation thérapeutique on peut en faire un peu, enfin on peut en faire ouais comme tu disais E1 ça peut être tout et n'importe quoi, donc savoir euh on choisit quelques éducations thérapeutiques on dit que celles-là faut vraiment qu'on les connaisse à fond par exemple le diabète je pense et puis on fait, et puis pour chaque éducation thérapeutique on dit quels sont les intervenants, qu'est-ce qu'on peut mettre en place en tant que médecin généraliste, comment ça peut se faire, euh je sais pas un espèce de... Et puis peut être mettre en place les simulations à ce moment là

E1 : Toi tu parles de 3^{ème} cycle plus que de 2^{ème} cycle du coup

E5 : c'est-à-dire

E1 : parce que là tu dis des séminaires c'est du 3^{ème} cycle

E5 : ah ben oui c'est vrai t'as raison ben ouais je me voyais en tant que... mais ouais on peut faire ça plus tôt

E1 : tu veux pas ajouter l'item 355 ?

Rires

E5 : ouais mais t'as raison moi je me voyais en tant qu'interne mais l'idéal ce serait de faire ça plus tôt.

E7 : moi je pense que c'est mieux de le faire plus tard parce que le 2^{ème} cycle, enfin pour faire de l'éducation thérapeutique faut déjà être bien calé dans toutes les pathologies donc euh pour après pouvoir expliquer au patient c'est mieux d'avoir vu déjà un peu toutes les pathologies chroniques qu'on peut être amené à expliquer par la suite, et en deuxième cycle ça me paraît... ou en fin de 6^{ème} année de médecine

E6 : c'est sûr que c'est dommage d'apprendre l'éducation thérapeutique de façon très carrée sur le diabète par exemple si derrière euh on fait une spécialité où on ne voit pas de diabète tout ça donc c'est plus de travail aussi. Mais après c'est vrai que quand on est externe ya forcément des matières où on voit pas forcément après

E4 : moi je pense que, qu'on le voit en deuxième cycle ça me paraît pas incohérent parce que quelque soit le médecin qu'on soit, savoir bien délivrer des informations, savoir lesquelles sont nécessaires, euh je trouve que l'item serait intéressant même si ça rajouterait quelque chose à la masse à apprendre mais je pense qu'on pêche un petit peu à ce niveau-là parce que on a énormément de connaissances mais finalement le seul moment où on est avec le patient ya que très peu de temps et ça joue dans la communication et je pense que je ne trouve pas ça bête de le mettre même dès le 2^{ème} cycle pas forcément un gros truc mais un petit peu sur certains points pas énormément mais je pense que par exemple le diabète, l'éducation aux AVK, quelques petits items, que ça se rajoute ça ne me paraît pas incohérent non plus.

P : Je ne suis pas sûre d'avoir compris E3 quand tu parlais de l'intervention de paramédicaux tu voyais ça sans patient ou assister à une séance en plus des patients ?

E3 : en plus des patients, juste observateur de voir comment ça se passe.

E5 : et du coup euh si on pense au deuxième cycle ça pourrait être intégré à enfin moi je me souviens qu'au Kremlin Bicêtre on avait des semaines de stage un peu je sais plus genre radio, enfin on avait des semaines un peu à thème comme ça qui se baladaient et genre on

pourrait se dire que ça pourrait être une semaine de stage d'éducation thérapeutique et on fait tous les services la tabaco, la diabéto, parce qu'on a plus de temps. Là pour le coup on a du temps, on est vraiment dégagé quand on est externe.

E3 : et euh mais je pense qu'on dit ça maintenant parce qu'on a plus de recul et qu'on voit l'intérêt que ça a, je pense que quand on est en, avant la 6ème année enfin, pourtant même sans être du genre à se planquer ou quoi en stage mais euh je pense qu'on ne voit pas trop, c'est le genre d'item enfin c'est dommage parce que c'est hyper important. Mais je pense que déjà que moi qui vient de à côté de la Suisse j'ai beaucoup de copains qui font médecine en Suisse et rien que pour l'item annonce d'une mauvaise nouvelle moi je trouve qu'ici enfin en France on est pas du tout formés et je trouve que ça c'est horrible pour les premiers patients à qui on annonce une mauvaise nouvelle parce qu'on est pas du tout formés. Dans ce genre d'item on est très théorique, c'est gentil mais enfin voilà. Que justement en Suisse ils ont des acteurs qui sont engagés pour venir et chaque élève passe devant tout le monde, prof,... et fait l'annonce d'une mauvaise nouvelle et il y a un acteur qui doit simuler une réaction et du coup je trouve que la mise en situation c'est ça qui va nous faire rendre compte du truc et je trouve que c'est ça la clé du truc parce que nous dire dans une salle neutre, les mouchoirs nianiania, je trouve que c'est difficile, qu'il faut de la pratique en fait.

E2 : ce qui est modifié dans ma fac depuis que j'ai bougé c'est que l'évaluation finale du CCT oral maintenant ne se fait plus sur l'évaluation clinique d'un patient où on l'examine et où du coup on fait un retour sur l'examen mais plus sur des difficultés euh de communication comme l'annonce d'une mauvaise nouvelle, la prise en charge du coup d'un traitement chronique et ça a été instauré par la fac parce qu'ils ont découvert que les étudiants ne savaient pas du tout bien s'y prendre. Ya toujours pas de formation pratique là-dessus mais il y a une évaluation qui est faite sur les étudiants parce que c'est un gros soucis dans notre formation.

E1 : c'est amusant parce que du coup tu pars en fait de la capacité en tant que médecin de communiquer et de parler à l'oral c'est amusant puisque c'est absolument jamais pris en compte sauf éventuellement par certains chefs de service mais je pense que ça peut se compter sur les doigts d'une main mais c'est amusant.

E2 : c'est pour ça que la plupart des traces d'apprentissage sont aussi orientées là-dessus. Que du coup il y a des difficultés à mettre en pratique telles que ce qu'on veut retransmettre au patient et ce qu'on veut, pour qu'il ait bien compris et pour que on sorte de la consultation en ayant, pour que le patient ait les acquis qu'on souhaite. Et à mon avis là en sortant de consultation c'est assez rare qu'il se sente capable de maîtriser sa maladie et ses traitements.

P : D'autres choses

E7 : Moi j'avais une question, ya un DU d'éducation thérapeutique à Grenoble ? et du coup vous savez comment ça se passe ?

P : On pourra en parler après

E1 : juste du coup pour résumer on a parlé de la théorie sur le fait qu'il y ait pas vraiment d'item mais que c'est quand même évoqué dans différents, à différents moments au cours de l'externat ou dans le programme ECN, ya la partie simulation qui n'existe pas dans notre formation, pas du tout même si c'est censé arriver que ce soit pour des situations d'urgences ou là ça pourrait être pas du tout des histoires d'urgences où on pourrait avoir un mannequin

euh ou plutôt un acteur et après ya plutôt l'autre façon c'est plutôt comment ça marche plutôt à la façon française on te met dans le bain et tu vois comment ça marche

P : Voilà c'est résumé

Question 2 : Quelles compétences souhaitez-vous acquérir au cours de votre formation à l'ETP ?

E2 : Ça revient un peu sur ce qu'on a évoqué auparavant, surtout apprendre des techniques de communication pour que les patients comprennent les objectifs et les traitements, mais de façon à ce qu'on quitte le langage scientifique qui peut parfois être inaccessible et qui met en difficulté les patients très régulièrement.

E3 : Je pense que les compétences à acquérir, c'est juste de savoir répondre vraiment à toutes les questions, qu'on t'entraîne à pas juste avoir l'air bête si le patient nous pose une question que l'on n'a pas du tout l'habitude d'avoir. Parce que par exemple, je sais pas, on ne se doute pas qu'il mange un kilo de pâte par jour, enfin j'en sais rien moi. Chaque patient a des habitudes différentes, et ce serait à force d'entraînement et de plein de questions différentes, qu'on pourrait avoir une théorie 100% carrée, pour vraiment répondre et pas détourner les questions. Parce que moi je le vois, par exemple, pour l'insuffisance rénale chronique, même si la plupart des questions c'est les mêmes, il y a toujours des questions qui sont hyper pointues : est-ce que je peux manger tel ou tel fruits secs ? J'en sais rien ! Donc souvent je réponds à la va-vite, et en fait ce serait bien d'être calé sur un peu tous les points particuliers.

E4 : Alors moi, dans les compétences que j'aimerais bien acquérir dans une formation comme ça, je vois deux choses : les compétences personnelles et savoir à qui passer le relai, si jamais j'ai pas les compétences pour prendre en charge. C'est-à-dire, quelles sont les personnes à qui je peux me référer pour être sûr que l'information soit bonne et de qualité pour la personne que je suis. Et à titre personnel, savoir répondre aux principales questions et avoir un outil pour savoir un petit peu où en est le patient. Tout simplement, savoir quelles sont les questions qui sont vraiment pertinentes, savoir cibler les questions qui sont importantes pour eux et savoir à qui s'en référer si jamais j'ai pas la réponse.

E1 : Tu parles de compétences personnelles, tu peux préciser ?

E4 : Et ben dans les compétences personnelles, je parle surtout en terme d'informations, c'est surtout ça que je vois. Savoir donner des informations que je trouve essentielles à mon patient, pour qu'il puisse, lui, dans sa situation particulière à lui, savoir un maximum de choses sur sa pathologie, pour bien lui faire comprendre que c'est pas moi qui suis la personne qui va le soigner mais que c'est lui le principal acteur de sa guérison.

E7 : Moi, une compétence que j'aimerais acquérir, c'est quand un patient est pas du tout motivé pour se prendre en charge et ben avoir des arguments forts, pour le convaincre et qu'il se prenne en main. Par exemple des patients obèses pour parler de leurs poids, c'est parfois difficile. Réussir à lui faire comprendre que c'est pas mon problème en tant que médecin, qu'il perde du poids, mais que c'est son problème à lui. Trouver des arguments, ce que ça va lui apporter, comment le motiver. Parce que quand les patients sont motivés, c'est plus facile de faire de l'éducation thérapeutique, mais déjà avant de faire de l'éducation thérapeutique pour qu'ils prennent ce chemin avoir des arguments pour qu'ils veulent se prendre en charge et qu'il voient les bénéfices pour eux.

E5 : Par rapport à la définition de l'HAS, est-ce qu'il y a pas la compétence de savoir organiser une formation où il y aura différents acteurs de santé, pour délivrer toutes ces informations aux patients ? Et après dans quel cadre ? Ça je sais pas trop. Parce que c'est vrai que c'est difficile à visualiser, organiser des réunions avec des patients qui sont assez longues, dans une pratique où en libéral on fait des consult, et où on a un manque de temps.

E1 : Oui je trouve ça très intéressant, le fait d'avoir la capacité d'organiser et en tant que très prochainement professionnel de santé et vu que j'ai pas envie, comme ça, d'offrir une journée de travail, savoir quels sont les modalités et comment est-ce qu'on est rémunéré sur ce genre de pratique. Est-ce que par exemple, si on prend 10 personnes pour l'après-midi avec l'infirmier, avec le kiné, avec peu importe, avec l'ergothérapeute, et d'autres professions paramédicales, comment est-ce qu'on peut être rémunéré sur ce genre de chose. Ça fait partie des choses qu'on doit savoir durant la formation.

P : Autre chose sur les compétences ?

E1 : Peut-être des choses très pratiques, très simples. Pour le diabète, comment faire une injection, comment faire un dextro. Comment l'expliquer aux patients. Voilà ça c'est hyper basique, mais je pense qu'il y a toujours des choses à apprendre. Pour le mal de dos : les bonnes positions, c'est hyper simple, mais c'est très utile, et comment faire passer ces informations surtout, parce que ce sera une formation qui sera un peu plus globale, donc on ne peut pas entrer dans la spécificité de chaque maladie.

E7 : Aussi ce serait d'avoir des supports et de savoir quel support choisir pour faire passer les informations. Est-ce qu'on utilise des vidéos ? Est-ce qu'on utilise des schémas ? Savoir sur quel support s'appuyer et ce que l'on peut remettre au patient.

E1 : Je pense que tu as raison, toute éducation sur la thérapeutique liée à des pathologies présentées par les patients, nécessite une information multimodale, qui passe par de l'oral par de l'écrit, peut-être même par des enregistrements vidéo, comme support complémentaire par exemple, qui pourraient être passés pour élargir la formation. On passe une vidéo et on récupère le retour des patients.

E7 : À Lyon, en stage de dermatologie, il y avait des séances d'éducation thérapeutique pour l'eczéma atopique et justement il y avait des vidéos comme ça où après les patients faisaient un tour de table et commentaient ce qu'ils avaient vu.

E1 : Ah il a mis un pull en laine !!! (Rires)

E7 : Ahah, non mais c'était pour voir qu'est-ce qu'ils utilisaient, à quelle fréquence il fallait se doucher etc.... et ils partageaient leurs expériences. Il y avait aussi pour l'urticaire. Et le médecin avait, un peu juste, un rôle de coordonnateur, et je trouve ça bien aussi pour faire de l'éducation thérapeutique de faire des groupes de parole de patients.

E6 : Ce serait bien aussi d'avoir des supports qui soit neutres, souvent en pratique les supports ils sont donnés par les laboratoires. Par exemple, les démonstrations de stylo, pour injecter c'est souvent c'est des choses un peu spécifiques du laboratoire ou les plaquettes qui expliquent la pathologie et qui parlent des médicaments, elles sont faites par des laboratoires avec à la fin la ligne thérapeutique et ben c'est le médicament du laboratoire. Et ce serait intéressant d'avoir des informations des autres patients, des plaquettes, des démonstrations du fonctionnement de traitement. Mais que ce soit pas fait par les labos. C'est normal que le labo il vient expliquer le médicament qu'il fabrique mais il faudrait qu'on puisse avoir d'autres choses qui soient plus neutres.

E1 : Je suis d'accord sur le fait que, quand on parle de thérapeutique : il y a la thérapeutique médicamenteuse, qui est prescrite, et il y a tout ce qui est thérapeutique, disons, "mode de vie" plutôt, les règles hygiéno-diététiques, qui est d'autant plus dépendante du patient. Parce que ton comprimé de metformine le fait de le prendre t'façon, si tu es compliant au traitement enfin... voilà : "t'es compliant, t'es compliant" ! Par contre pour ce qui est du régime alimentaire, c'est autre chose. Ou pour la dermatite atopique : adapter son savon, sa crème etc.... Tous les combien il faut prendre sa douche...

Dans le cadre de la prévention cardiovasculaire, le fait de pas manger du saucisson a autant d'importance que de prendre sa statine le soir, selon moi. Enfin voilà, c'est une grande partie du bien-être du patient ou de sa morbi mortalité.

P : Et ça c'est des conseils qui pourraient être plus acquis au cours d'une telle formation ou c'est plus grâce à un support ?

E6 : Moi je pense que la formation, elle doit être surtout axée, un peu comme disait E5, sur de la mise en pratique où on verra les différents moyens de faire de l'éducation thérapeutique. Après il y a les supports, tout ça c'est surtout après de l'autoformation en fonction de chacun comment il va faire, la formation initiale c'est surtout de voir comment on met en place.

P : Quand tu parlais de moyens, tu voulais dire quoi ?

E6 : Quels sont les acteurs ? Question pratique. Question financière. Comment on cale ça par rapport aux consults ? Est-ce que ça se fait forcément dans un partage de groupe ? Quel est mon rôle en tant que médecin ? Est-ce que je dois être le modérateur du groupe ?

E1 : Les modalités.

E6 : Oui, parce que du coup si on reprend la définition de l'HAS, est ce que l'ETP ça se fait en dehors de la consult dans un cadre précis ? Et ben comment faire ? Parce que moi, concrètement mes maîtres de stage d'UPL, ils en faisaient pas du tout. Zéro ! Et je sais pas s'ils y en a qui en ont fait pendant leur stage prat.

E7 : Moi, je sais que mon praticien justement, il voulait en faire, enfin mettre en place avec des infirmières, faire des après-midis d'éducation. Mais je sais pas vraiment concrètement comment il fait ça, où il fait ça, comment il est rémunéré. J'ai jamais été le voir faire.

E1 : C'est vrai que pour rebondir là-dessus il y avait aussi pour la BPCO, je sais pas si c'était vraiment orienté éducation thérapeutique du patient, parce que c'était aussi vers la réhabilitation respiratoire. Il y avait aussi un peu de théorie orientée vers la pathologie, en plus de tout ce qui était le travail avec le kiné : réadaptation pulmonaire, renforcement musculaire.

E6 : Oui en fait là du coup, je repense à la place du médecin généraliste, c'est vrai qu'il y a tellement d'acteurs dans l'éducation thérapeutique, il faut vraiment se poser la question quelle est la place du médecin. Parce que s'il y a déjà le kiné, l'ergothérapeute pour le mal de dos, l'infirmière pour les injections d'insuline... Est-ce que le médecin apporte une réelle plus-value ? Alors peut-être que là, oui sur le plan thérapeutique peut-être qu'on apporte un plus.

E3 : Moi, je me demande même si tu dis qu'on est de plus en plus dans une démarche qui va beaucoup dans ce sens-là. Je pense qu'en France, on est encore beaucoup dans l'image du médecin généraliste, qui est un peu le patriarche, qui apporte les connaissances. Voilà, je pense que les gens ils mettent un peu le médecin sur un piédestal, et je pense que du coup la présence d'un médecin pour eux c'est irremplaçable. Alors oui, c'est vrai, que même si on est peut-être pas les mieux placés pour répondre aux questions un peu pratico-pratiques, notre présence peut quand même apporter quelque chose au patient. Et que quand ça sort de la bouche du médecin cela aura peut-être plus d'importance que quelqu'un d'autre. C'est un peu dommage, mais c'est un peu une forme de vérité. D'où l'intérêt que ce soit multidisciplinaire.

E1 : Ouais, c'est clair que le médecin généraliste, il a un rôle important, mais il faut le définir, parce qu'il y a tellement d'acteurs qui vont entrer en jeu.

E5 : Après maintenant, de plus en plus, ils organisent des réunions d'éducation thérapeutique, par exemple ça se faisait moins avant. Je pense que ça peut améliorer les choses, parce qu'avant il y avait quand même une éducation thérapeutique qui se faisait avec des intervenants. Un diabétique qui va avoir son endocrino, son médecin traitant, son infirmière à la maison et donc il rencontre tout plein d'intervenants, qui délivrent des informations et les répètent. Et à chaque fois qu'il va aller voir son médecin traitant, son endocrino et au fur et à mesure qu'il vit avec sa maladie, et ben le patient connaît mieux sa maladie. Mais du coup l'ETP qui est quelque chose de nouveau, permet de faire les choses différemment par rapport à avant. Après je pense que ça va pas remplacer complètement l'ancienne méthode, il faudra faire de l'éducation thérapeutique et ça reste quelque chose d'assez vague. Je pense que pour l'instant, tu peux pas dire : le médecin généraliste a ce rôle-là et ça va marcher comme ça et voilà. Je pense que ça doit rester assez adaptable.

E6 : Tu penses pas, toi, justement que ça va être cadré, en mode recommandations, avec l'HAS qui dira : "on fait comme ça comme ça, pour le diabète par exemple il faut faire comme ça, à telle fréquence". Un peu comme on a des consignes pour l'HbA1c.

E5 : Mais après, il faudrait qu'ils mettent en place un système de cotation, un peu comme avec les ROSP. Mais je pense qu'on n'est encore pas là et je pense pas que ce soit la meilleure façon de correspondre au patient. Mais c'est vrai qu'après en fonction du professionnel, peut-être plus adapter sur ses compétences à lui, par exemple : l'infirmière parle des injections, le médecin de l'évolution de la maladie, etc...

E7 : Par exemple pour le diabète, on peut faire une l'éducation thérapeutique, sur le diabète uniquement, mais on peut aussi, comme toi tu l'as fait aussi, je pense en colo, avec les enfants diabétiques, où les bases ils les connaissaient bien mieux que moi. Mais on avait fait des séances spécifiques, comme par exemple boire de l'alcool en soirée quand on a du diabète où prendre la pilule contraceptive avec du diabète, des choses très centrées. Donc ça me paraît compliqué sur, de faire ça sur des consultations éducation standard au cabinet, si on veut creuser, d'aller vraiment dans les détails et d'évoquer des choses spécifiques sinon ça prendrait beaucoup trop de temps, Et donc on pourra être beaucoup plus, plus précis au sein de programmes d'ETP. Et après pour moi l'éducation thérapeutique du diabète, c'est quelque chose de tellement vaste, de tellement compliquée et qui va être tellement spécifique fonction du patient que tu auras, que ça me paraît difficile de faire quelque chose de vraiment standardisé.

E1 : Peut-être des compétences qu'on pourrait acquérir, c'est les clés et des outils de communication et des supports et de l'aide, et savoir où trouver de l'aide.

E7 : Après il faudrait aussi travailler en groupe, communiquer avec plusieurs cabinets de la région, parce que l'éducation d'une maladie ça va peut-être concerner deux ou trois de nos patients, et travailler en collaboration et organiser des journées d'éducation thérapeutique pour avoir un plus gros recrutement. Avec plusieurs patients de différents médecins et avec un médecin qui coordonne le tout. Enfin voilà c'est une idée comme ça.

P : Vous avez autre chose ou vous pensez qu'on a fait le tour des compétences ?

E2 : J'ai peut-être une dernière chose à ajouter, qui peut être intéressant. C'est aussi voir ce que le patient il a retenu de la séance d'éducation. Et la question que je me pose c'est : quand est-ce que nous on se sent compétent, pour gérer ces questions-là avec un patient ? Je me pose la question des jeux de rôle, est-ce que ça ne serait pas intéressant de savoir faire un jeu de rôle avec le patient ? Ce serait nous qui posons les questions, pour voir ce que le patient est capable de répondre. Parce que nous au final on se sent compétent quand on arrive à répondre aux questions du patient, et est-ce que du coup lui justement il se sentira plus compétent s'il arrive à répondre aux questions qu'on lui pose ?

P : Donc des jeux de rôle d'évaluation.

E4 : Moi pour avoir déjà fait ça avec mes patients, c'est vraiment hyper intéressant, parce que l'on peut vite jauger où en est le patient de ses connaissances. Je pense que ça peut marcher avec beaucoup d'autres pathologies chroniques et ça permet aussi de lancer un peu la conversation, c'est quelque chose que je trouve de vraiment super intéressant.

Question 3 : Qu'est-ce que la pratique de l'ETP va vous apporter dans votre pratique des soins primaires ?

E1 : Permettre de remettre à plat certaines choses, par exemple quelqu'un qui a son diabète depuis 15 ans que l'on va passer sous insuline, est-ce que à un moment donné on n'a pas perdu de vue certaines choses, comme le mode de vie, le poids, les complications... Ça peut permettre de faire le point, en tout cas ce que ça peut apporter vraiment, pour nous faire le point et pour le patient pour améliorer la prise en charge.

E2 : Plus une prise en charge globale, centrée sur le patient et adaptée à son mode de vie.

E1 : Oui, en particulier sur le mode de vie, parce que le traitement je pense qu'on en parle déjà beaucoup en consultation, on évalue assez fréquemment l'ordonnance. Alors qu'on réévalue

pas forcément fréquemment le mode de vie et que c'est quelque chose de spécifique à chaque patient.

E2 : A mon avis si on prend le point de vue du professionnel de santé qui fait de l'ETP, y a davantage de satisfaction dans le travail en se disant qu'on s'est davantage mis dans la situation du patient, et qu'on se rend compte davantage de sa difficulté dans la pratique de tous les jours. Parce qu'il y a un dialogue et qu'il s'intéresse davantage sur ses difficultés à lui et les écarts par rapport à la "thérapeutique parfaite", qu'on aimerait lui faire suivre.

E1 : Je pense que c'est aussi un moyen de varier le mode d'exercice. Au lieu de faire des consultations du lundi au samedi de toute la journée, bon je sais pas, une journée par mois sur un thème avec des patients à qui on a proposé, ça permet de varier, ça permet d'éviter la routine et puis ça permet aussi de se poser des questions à soi. Finalement c'est peut-être une façon de se remettre en cause.

E4 : Je suis assez d'accord avec E1, je pense que ça fait aussi un peu partie de la formation médicale continue, de s'intéresser à l'éducation thérapeutique du patient. Dans le sens où, à mon avis, ça nous ouvre l'esprit. À partir du moment où il y a plusieurs personnes qui interviennent et qui ont des points de vue différents et qui disent des choses que nous tout seuls dans notre coin, on aurait pas pensé. En plus ça change un peu du reste de la journée avec des consultations quasi chronométrées ; donc effectivement, ça permet un peu de varier la pratique. Je pense que c'est extrêmement enrichissant, que ce soit pour les patients ou pour nous-mêmes dans notre pratique.

E7 : Du coup, je suis d'accord avec le groupe, parce qu'au final en écoutant les patients ça nous fait poser des questions, que en tant que médecin, on apprend la théorie sur les pathologies et souvent on nous pose des questions sur la vie, sur la vie avec leur pathologie. Qu'est-ce qu'ils peuvent faire ? Qu'est-ce qu'ils ne peuvent pas faire ? Que ce soit le diabète ou d'autres maladies, ben c'est des questions qu'on se pose pas forcément. Et du coup, le fait de faire de l'ETP, ça nous permet d'enrichir nos connaissances et de pouvoir répondre à d'autres patients plus tard. Et c'est en continu parce qu'on aura toujours des nouvelles questions de patients auquel on aurait pas réfléchi et après on cherche les informations pour leur répondre ou alors on a des intervenants présents qui ont la réponse, et après, on peut le transmettre aussi. Mais c'est vraiment quelque chose de continu qui ne s'arrête jamais.

E3 : C'est vrai que ce qu'on va apprendre lors d'une formation sur l'éducation thérapeutique, si on en reste à la définition de l'HAS, que l'éducation thérapeutique, c'est pas juste des conseils donnés comme ça sur une partie de la consultation, il faut pas non plus qu'on s'empêche de faire ça, pour respecter cette définition. Parce que je pense que de l'éducation thérapeutique on doit en faire au quotidien. On est forcément confronté, à la fin ou à un moment donné de la consultation, à des questions du patient et c'est trop dommage de pas lui répondre parce qu'on est pas dans le cadre prévu par la HAS. Le côté répétitif à chaque consultation, qui est très important, pour moi, dans l'éducation thérapeutique et donc ce serait dommage de le perdre.

E6 : Moi je pense que la formation, elle doit nous apporter les grands axes d'éducation thérapeutique en tant que généraliste, et puis nous donner les outils si on veut la mettre en place, comment faire si vraiment on veut mettre en place un programme d'éducation thérapeutique. Mais de toute façon, c'est fortement conseillé, mais c'est pas une obligation, donc ça doit vraiment nous donner les grands axes, si on veut le pratiquer ensuite. Après de toute façon ça peut être que bénéfique pour ta pratique future de le faire et pour la relation médecin/patient notamment.

E1 : J'ai l'impression que c'est un peu "teaser" pour faire de l'ETP. C'est vrai que c'est intéressant, mais je rajouterai encore, pour faire l'éloge de l'ETP, que ça permettrait de resserrer les liens avec les autres professionnels de santé. Tu vas te dire : j'organise un ETP, je suis dans mon cabinet, je décide d'organiser un ETP : j'appelle les infirmières avec qui les patients ont l'habitude de voir et on leur demande si ça les intéresse de participer à de l'ETP. Et après, je pense que ça peut apporter une fluidité dans les rapports avec ces professionnels. Ça peut aussi renforcer le lien social entre les patients, ça permet aussi un peu de casser la barrière du secret médical, puisque de toute façon, tout le monde parle de ses problèmes aux uns aux autres.

E6 : Faut vraiment que ça nous apporte de savoir quand faut la proposer. Avoir un patient en consultation, et savoir que ce patient on peut lui proposer et que ce serait bien pour lui. Après pas forcément le faire soi-même, mais au moins savoir l'adresser à quelqu'un qui fait de l'éducation thérapeutique.

E7 : Est-ce que c'est le médecin qui dit pour tel patient ou pour tel patient on fait de l'éducation thérapeutique ? Ou est-ce qu'on dit : on fait une séance d'éducation thérapeutique sur un thème et puis après c'est les patients qui décident de venir ou pas ? Parce que le problème si on insiste pas pour avoir certains patients et qu'on a que les patients intéressés qui viennent, on va pas toucher tous les patients. Moi, en dermato, même les "bons patients" qui suivaient bien les traitements, ils pouvaient aller à de l'éducation thérapeutique, premièrement pour faire part de leur expérience aux autres et puis tu es quand même intéressé, même si tu sais bien gérer les choses. Savoir à qui la proposer, c'est bien, mais c'est bien aussi, d'avoir des gens qui suivent bien les traitements et des gens qui sont moins observants. Comme ça, ça leur permet aussi d'échanger et puis peut-être que des fois on a pas assez encouragé nos patients à suivre le traitement, mais des patients qui ont vécu ça, ce sera de meilleurs coachs pour motiver les autres patients.

E6 : Ouais, mais tu proposeras, par exemple, tu mets une affiche dans ton cabinet : "Dans une semaine éducation thérapeutique sur, je sais pas moi, le mal de dos" ?

E7 : Ben tu en parles déjà à tous les patients concernés mais si tu veux tu peux mettre aussi une affiche. Mais c'est sûr que si tu en parles pas tes patients... Après c'est bien, si c'est ouvert

à tout le monde, parce que, je sais pas, il y a peut-être monsieur X qui voudra pas venir, mais sa femme elle voudra venir et après elle pourra le coacher. Parce que l'éducation thérapeutique c'est pas que du patient, c'est aussi parfois l'entourage. Par exemple pour les enfants, ça peut être ses parents qui viennent, ses grands-parents, les enseignants, ça peut toucher tous ses proches. Donc on peut proposer aux patients mais aussi à son entourage c'est un peu une façon d'étendre notre pouvoir d'action.

E4 : Oui, pour les crises d'anaphylaxie par exemple ça peut être intéressant d'éduquer les personnes qui sont autour.

P : Autre chose qu'une telle formation pourrait apporter dans votre pratique quotidienne de la médecine générale ?

E1 : Ça, ça veut dire qu'on a oublié des choses ! (Rires)

P : Y a pas de bonne ou de mauvaise situation ?

....

Question 4 : Que pensez d'une formation commune avec d'autres professionnels de santé ?

E6 : Ben, je pense que c'est ce qu'il faut faire en fait, parce que c'est ce qu'on a dit plein de fois, il y a pleins d'intervenants différents, y a pas que nous, et c'est important qu'on se répartisse les rôles qu'on fasse pas tous la même chose. Il faut savoir ce que fait son collègue, pour faire à côté quelque chose en plus, donc je pense que c'est quand même intéressant de le faire avec d'autres professions de santé, avec tous les acteurs en fait.

E5 : Après ça peut avoir des limites aussi dans le sens où chaque professionnel de santé va avoir son rôle bien particulier et va avoir une prise en charge qui va plus être axée sur certains aspects de la pathologie. Ils ont des savoirs qui sont pas forcément les mêmes. J'ai du mal à voir comment on peut faire vraiment une formation commune. Ou alors une espèce de tronc commun effectivement, mais on peut pas enseigner à une infirmière ce que fait le kiné et inversement.

E6 : Ouais mais si on prend un peu ce qu'on avait dit au début, par exemple les mises en situation avec les acteurs, il faudrait qu'il y ait tout le monde, tous les intervenants.

E5 : Ça permettrait en fait, ce que tu dis, de savoir un petit peu ce que fait l'autre, ce que dit l'autre, ce que connaît l'autre et donc ça t'apporte aussi à toi.

E6 : Ouais, savoir comment réagit l'autre en fonction de sa formation, par exemple de l'infirmière avec ce qu'elle a appris à l'IFSI, ce qu'elle va raconter aux patients.

E3 : Oui je pense que déjà les autres professionnels de santé ont beaucoup de nous apprendre à nous et aussi de voir surtout comment on uniformise l'information parce que je pense qu'on va perdre le patient si on formule des choses de façon différente c'est important qu'on aille tous dans le même sens au moins sur les grandes idées mais après on a chacun des choses à apporter sur les petits conseils. Donc je pense qu'il faut au moins une partie de la formation commune avec les autres professionnels de santé.

E7 : Ça permet d'échanger sur des problématiques différentes, parce que des questions que les patients vont poser sur les injections, ils vont plus en parler avec les infirmières et du coup nous on connaît moins bien ça, Et donc une formation commune ça permet d'échanger sur cette problématique par exemple, d'échanger sur les problématiques de la vie réelle des patients, avec par exemple des infirmières qui sont plus proches des patients, pour tout ce qui est gestes techniques. Moi, je pense que c'est intéressant que ce soit en commun pour échanger les expériences, échanger les questions que les patients vont avoir sur un sujet. Et finalement, repartir après la formation en ayant pas eu que notre point de vue médical, mais une vision en pratique et dans la vie quotidienne du ressenti des besoins des patients.

E4 : Pour en revenir à la place du médecin généraliste, je pense qu'on peut très facilement s'enfermer, dans ce qu'on a à faire nous, comme travail, comme tâche. On a tellement de choses à faire, que parfois, je pense qu'on peut facilement oublier qu'il y a d'autres professionnels de santé avec qui on peut interagir, tout simplement. Donc la possibilité de se former avec quelqu'un d'autre, je pense que c'est une très bonne idée. Quand je vois les généralistes chez qui j'étais, ils ont pas forcément le temps de faire cette formation et donc d'avoir déjà ça à l'esprit à l'avance, je pense que c'est une bonne chose.

E1 : Moi, ça me plaît bien le principe de la cohérence des informations et l'homogénéité des réponses qui peuvent être données aux patients. Voilà peut-être utiliser les mêmes termes. Et ce que peut apporter le côté pluridisciplinaire, ce serait peut-être une meilleure compliance des patients, dans le but d'une meilleure observance des traitements. Le fait qu'il y ait plusieurs professionnels de santé qui répètent les mêmes choses et le fait que ce soit organisé, je pense que pour le patient, c'est une démultiplication du message et qu'il se fera mieux entendre, du coup.

E4 : Je pense que aussi, extérieurement à nous, rien que le fait d'être tous ensemble à cette formation, ça fait que nous aussi on peut aider les autres professionnels de santé. Les aider à éclaircir certains points sur lesquels ils auront pas pensé, ça peut servir à nous, mais ça peut aussi leur servir à eux et du coup être encore plus bénéfique pour le patient.

Après je pense que si on doit faire une formation théorique, il vaut mieux la faire chacun de son côté et après tout se réunir pour le côté mise en pratique et partager les choses, voir un peu ce que chacun dit, comment il le fait. Ça pourrait être une formation en deux temps, parce que c'est vrai qu'une formation théorique avec tous les professionnels de santé, ça aurait l'intérêt d'uniformiser le discours, mais après je pense qu'il faut aussi que chacun ait une plus-value à apporter, sinon ça n'a pas l'intérêt d'être plusieurs professions à le faire.

E1 : Pour rebondir, Je suis d'accord sur le fait que, vu comme ça, chacun ait sa formation théorique, c'est-à-dire que chacun apprend ce qu'il y a à apprendre et à savoir. Par exemple le médecin propose le traitement, le kiné propose une réadaptation particulière, l'ergothérapeute voit l'environnement. Et le fait de se retrouver pour une formation commune il faut pas que ce soit quelque chose de trop théorique, parce que sinon on va être trop superficiel sur chacune des propositions de chacun des intervenants, par contre le fait de mettre plus quelque chose en pratique, ça va obliger chacun au cours de la formation de discuter et de réviser ou de se reformer. Et apprendre à s'exprimer auprès d'autres personnes et à des gens qui n'ont pas forcément les mêmes connaissances que nous.

Le problème, c'est qu'il va y avoir du boulot pour faire de la coordination entre toutes les différentes facultés, IFSI, l'école de kiné, voilà il y a beaucoup de boulot. Avis au DMG !

E2 : Ça peut aussi être géré dans un centre hospitalier, en particulier vu que par exemple l'IFSI est présent dans quasiment chaque gros hôpital de la région et que les internes ont des formations communes déjà de base en début de semestre, mais que des séances d'éducation thérapeutique communes où de toute façon tous les intervenants sont déjà sur place et y travaillent, ça pourrait permettre de faciliter les choses. Vu qu'on a déjà tous les professionnels de regroupés dans un seul endroit.

E3 : Et donc pour en revenir à la question 1, je sais pas si c'est une bonne idée, mais chaque patient vit sa maladie chronique de façon différente, mais des malades qui sont malades depuis longtemps, et qui gèrent parfaitement leur maladie et qui sont assez ouverts pour en parler, qui ont connu pleins de phases dans leur maladie, est-ce que ces patients-là, qui sont très motivés, qui font déjà de l'associatif ou autre, est-ce que ce serait pas intéressant de les intégrer dans notre formation ? Pour qu'ils nous parlent de leurs ressentis de la maladie et pour les points importants des différentes phases par lesquelles ils sont passés. Je pense que c'est impossible de se mettre à la place de quelqu'un à qui on annonce une maladie chronique et je trouve que c'est intéressant d'avoir leur ressenti. Et je pense que ces patients ils seraient même très contents de pouvoir aider d'autres patients et aider les médecins à se former.

E7 : Moi je suis totalement d'accord avec toi, D'ailleurs je crois qu'au Canada c'est beaucoup fait comme ça, et que dans les facs de médecine, les patients viennent souvent pour parler de

la maladie. Nous ça avait été le cas une fois à Lyon une patiente était venue nous parler de sa maladie et du coup ça ouvrait d'autres problématiques c'était vraiment super intéressant, elle expliquait les difficultés, des questions qu'elle se posait, comment le médecin lui avait répondu à l'époque et c'était super intéressant pour nous et après moi ça m'a aidé à mieux comprendre les patients et à mieux comprendre les questions d'autres patients.

P : Donc là on a vu pas mal de choses est-ce qu'il vous reste des choses à dire des idées sur des sujets qu'on a pas forcément abordés ou des questions qu'on a pas posées.

Ou alors la bière et la pizza ont éteint les cerveaux et c'est fini ! (Rires)

K : moi j'aurais juste une petite question à rajouter c'est une question fermée donc ça va aller vite. **Est-ce que vous vous pensez pratiquer l'ETP ?**

E4 : Dans l'idée : oui ! Dans la pratique...

E6 : Vu que j'en ai jamais vu en concret, c'est dur de se dire je vais en faire. Vu qu'on arrête pas de dire en médecine générale, il faut enchaîner les consults, le temps est compté. J'ai du mal à voir comment intégrer ça dans les consults. Après il y a aussi la question d'avoir suffisamment de patients ayant la même pathologie chronique dans ta patientèle.

E7 : ben du coup, après moi je me verrais bien le faire dans le sens : une fois par an avec une association par exemple partir en colo pendant deux ou trois semaines faire de l'éducation thérapeutique. Et du coup en faire une fois par an pendant 3 semaines je trouve ça intéressant et je pense que c'est faisable si ça nous intéresse.

E6 : C'est vrai que tu es pas obligé d'en faire tous les mois, en fait tu peux adapter.

E7 : oui, c'est ça pareil avec la gestion de l'obésité. Il y a des patients qui vont dans des centres pendant 1 ou 2 mois, il y a des médecins qui sont recrutés pour faire de l'éducation thérapeutique et en général ça dure 1 mois, et donc quand c'est des choses comme ça il y a une rémunération qui est en place, une sorte d'activité salariée.

E1 : alors là pour le coup, je vois pas trop comment tu arrives à l'intégrer dans ton activité pour ta patientèle, si tu pars déjà trois semaines en vacances, il faut en plus que tu t'absentes un mois pour aller faire de l'éducation thérapeutique. Maintenant en tant que médecin c'est quelque chose que je me vois pas faire tout le suite parce qu'il y a plein d'autres choses à gérer, mais peut-être que au bout de 5 ans, peut-être, pourquoi pas, faire ça et proposer ça en plus à mes patients comme nouvel outil. Aux vues de tout ce que ça peut apporter et je pense

que ça peut être intéressant et puis ça change un peu de la routine de se dire que c'est un temps pour autre chose, qui nous permet de nous reformer un petit peu, de discuter un peu avec les autres professionnels de santé pourquoi pas. Par contre je verrai ça plutôt, le premier jeudi du mois l'après-midi, une séance d'éducation thérapeutique avec un programme qui est fait sur l'année.

E7 : après, c'est peut-être plus facile d'organiser ça quand on est regroupé en cabinet avec 5-6 médecins, de se répartir un petit peu les tâches et puis de compenser les absences des autres.

P : Pas d'autres choses ? Merci beaucoup pour votre participation !

FIN

Entretien individuel Z1

Question 1 : Comment aimerais-tu être formé à l'ETP

Z1 : Je pense qu'il faut faire de la pratique à mon avis, parce que la théorie, une fois qu'on a vu les définitions que tu viens de montrer là, j'ai pas l'impression que continuer à faire de la théorie pendant 5 heures ça va être, ... Juste voilà, comment on fait, comment trouver des clés pour euh, pour euh, avoir un discours qui soit cohérent vis à vis du patient, avoir un discours qui soit clair, précis sur ce que les patients pourraient attendre donc voilà je pense qu'il faut vraiment faire quelque chose de pratique avec peut-être des jeux de rôle des trucs comme ça où on fait semblant de faire de l'ETP.

P : Et quand tu dis pratique, en jeux de rôle, ... ?

Z1 : oui éventuellement avec des jeux de rôles, je sais pas ce qu'on pourrait faire d'autre. Après il y a probablement des techniques, l'ETP c'est aussi des techniques communicationnelles j'imagine donc ya peut-être des choses théoriques à apprendre, la communication c'est surtout de la pratique je pense donc l'utilisation de jeux de rôle ça permettrait d'être meilleur en communication ça me semble important. Pi après heu ben il faut aussi bien connaître le truc qu'on veut éduquer au patient donc faut aussi se former par exemple si on fait de la diabète. Ya pas finalement enfin moi de ce que je connais ya pas des millions de trucs qu'on peut faire en ETP, moi je connais l'asthme, le diabète, pff en fait je sais pas si j'en connais d'autre mais j'ai l'impression qu'il faut bien savoir soi-même maîtriser donc finalement on est toujours dans l'histoire de la pratique. C'est voilà vraiment pratiquer le truc pas forcément physiquement, je vais pas me faire une injection d'insuline mais vraiment savoir bien faire le système, bien savoir le faire en faisant des espèces de jeux pour savoir ensuite le reproduire vis à vis des patients, moi je ne suis pas sûr d'être en capacité de faire de l'ETP à un patient alors que je ne sais même pas bien tel type de spray pour l'asthme si c'est une gélule, un spray, un truc, enfin j'ai des grandes idées mais euh ça c'est vraiment un truc que je délègue au pharmacien. Ben je dis le pharmacien vous expliquera mieux que moi comment marche le produit que je prescris. Je pense qu'il faut être formé pratiquement, de façon pratique pour la communication la façon de pratiquer l'ETP avec le patient et aussi se former de façon pratique pour euh le fond même de ce qu'on va éduquer, l'utilisation des produits qu'on va prescrire. Après j'imagine qu'on peut faire de l'ETP sur plein d'autres choses mais c'est ça que je vois et que je connais.

P : Donc des jeux de rôle dans le côté communicationnel et une part théorique dans le fond du discours à tenir ?

Z1 : Oui parce que c'est pas le tout de, enfin c'est pas parce qu'on prescrit de l'insuline que, enfin tu l'as bien dit au début dans la définition, c'est que l'éducation du patient au cabinet c'est pas l'éducation thérapeutique et moi c'est ce que j'ai toujours cru comprendre et moi j'ai

l'impression de ne pas être formé à ce qu'on appelle l'ETP. Je sais éduquer un patient au cabinet, j'ai l'impression mais je ne suis pas formé à faire de l'éducation thérapeutique organisée en groupe, comme on fait vraiment de l'éducation thérapeutique pas juste éduquer mon patient, à la fin, au milieu de ma consultation, au cours de la consultation sur ce qu'il sait de sa maladie. Voilà

P : Et le fond ?

Z1 : Oui ya sûrement des choses à apprendre de façon théorique mais je pense qu'il y a besoin de faire des espèces de, mine de rien prescrire une insuline faire tout le truc, expliquer comment ça fonctionne, expliquer, c'est pas le tout d'expliquer comment marche le stylo injectable, il faut aussi que le patient il comprenne bien le protocole, il comprenne pourquoi il doit faire plus d'insuline, pourquoi il doit en faire moins et je pense que ça c'est pas forcément inné chez tous les médecins, quand on fait de la diabéto on fait pas forcément de la diabéto tous les jours donc c'est pas forcément plus facile non plus. Je pense que si on fait de l'apprentissage de l'ETP, ya aussi dans un sens s'amuser aussi à essayer de créer des situations qu'on devra expliquer ensuite au patient pour bien que nous on soit aussi bien formé à la mécanique parce que toute cette gymnastique elle est pas si simple que ça surtout en diabéto enfin moi je trouve qu'en diabéto c'est pas si simple que ça alors moi je trouve que si on est pas calé non plus dans la gymnastique de l'insuline du diabétique, c'est un peu galère

P : Et des stages ?

Z1 : Ouais je pense finalement dans la formation à l'ETP ça me paraît indispensable d'assister à un vrai cours d'ETP, maintenant que tu le dis, c'est finalement je ne l'avais pas pensé initialement mais c'est vrai que maintenant que tu le dis, c'est vrai que ça me paraît indispensable, enfin ça me paraîtrait vraiment intéressant parce que pour avoir, c'est ce que je te disais tout à l'heure pour avoir vu un petit peu l'éducation thérapeutique qui est faite aux enfants soit sur les découvertes de diabète à l'hôpital d'Annecy soit en groupe d'éducation finalement le fait d'y être allé ça permet aussi de se rendre compte du discours qui y est tenu.

P : D'autres choses sur le fond, la forme ?

Z1 : Non je ne vois pas ce que je peux rajouter.

Question 2 : Quelles sont les compétences que tu souhaiterais acquérir au cours d'une telle formation ?

Z1 : heu peu-être que j'ai répondu un peu à la question 2 dans la question 1, mais euh finalement je pense que c'est aussi de la communication l'ETP c'est pas ... C'est aussi arriver à faire, c'est pas tant le problème d'expliquer au patient le problème de l'ETP c'est plus le fait que le patient arrive à comprendre à tel point qu'il ingère le truc à son propre compte. Tu vois ce que je veux dire ? Ça veut dire qu'il a suffisamment digéré ton information pour qu'elle soit un peu innée chez lui et qu'il puisse non pas reproduire ce que tu lui as dit mais reproduire tout en comprenant tout en permettant au fur et à mesure de s'améliorer. Je pense à un diabétique, il va comprendre ce que tu vas lui dire et après quand il aura suffisamment digéré l'information, il va être

autonome. L'objectif de l'ETP pour moi c'est que le patient il soit autonome et que il soit capable de réfléchir par lui même aux modifications de doses, il est pas juste là, c'est pas juste tu lui expliques qu'il doit appliquer ton protocole, c'est tu lui expliques ton protocole et la façon dont t'as réfléchis pour arriver à ce protocole pour que lui aussi il puisse réfléchir par lui-même pour améliorer les choses.

Donc ben surtout de la communication et savoir adapter son discours au public

Question 3 : Qu'est-ce que pourrait apporter l'ETP dans ta pratique de soins primaires ?

Z1 : Ben je pense que quand on est bon en ETP on est très bon en éducation du patient par contre je pense que l'inverse n'est pas vrai, je pense que c'est pas parce que on est bon en éducation du patient qu'on est bon en ETP. Je t'ai déjà expliqué que j'ai cru comprendre que l'ETP et l'éducation du patient c'était pas la même chose et je pense que on peut être bon éducateur du patient mais pas forcément très bon en ETP parce que ça requiert à mon avis un peu une formation plus spécifique et des connaissances. Donc si on a une formation en ETP déjà ça permet d'être meilleur en ETP et surtout ça permet d'améliorer ses connaissances en éducation simple, l'éducation courante du patient. Moi je dirais ça comme ça. Et après, est ce que j'élargis le truc, est ce que j'aurais envie de faire de l'ETP ça non mais c'est ma sensibilité personnelle, je ne suis pas sûr que ça me passionne de faire de l'ETP. Mais par contre, si je me dis je me forme à qu'est-ce que c'est de l'ETP, comment on fait de l'ETP, peut être que ça me permettrait d'être meilleur dans l'éducation individuelle de mon patient, l'éducation courante sur des sujets plus banaux que le diabète ou l'asthme, juste me permettre de,... surtout que personnellement j'ai une assez grande sensibilité à l'éducation du patient j'ai toujours bien aimé expliquer au patient le pourquoi du comment l'anatomie, les raisons de tel ou tel truc, je me dis que si le patient il comprend sa maladie il est plus susceptible d'être compliant au traitement s'il comprend d'où ça vient. On lui explique pourquoi le traitement, je me dis que voilà si le patient il comprend mieux sa maladie dans qui il est c'est peut-être qu'il est plus compliant. Donc souvent je suis assez sensible à éduquer le patient. Je me dis que si j'avais une formation à l'ETP je serais peut-être encore meilleur. Après est -que je m'amuserais à me dire dans ma pratique de médecine générale euh cet après-midi je vais convoquer 4 patients asthmatiques que j'ai et je vais leur faire une petite séance commune, voilà, dans un sens ça pourrait être intéressant si les patients sont d'accords, ça pourrait être intéressant pour moi aussi mais je ne suis pas sûr d'avoir la sensibilité pour faire ce genre de truc, voilà.

P : Donc pouvoir renforcer tes compétences en éducation du patient.

Z1 : Mouais je pense, mouais je pense que ça m'irait bien parce que l'éducation du patient ça me paraît être la clé de voute de la relation qui permet que le patient soit compliant. On a beau ne plus être dans le modèle paternaliste, machin et tout on est quand même sensé nous avoir une connaissance. Je dis pas avoir LA connaissance mais avoir UNE connaissance. Et que le patient n'a peut-être pas et on est sensé lui transmettre quelque chose. On a beau ne plus dire que c'est une relation ensemble machin et tout ça, l'objectif c'est que nous on fasse passer au patient ce qui nous semble être le plus adapté, si on sait bien éduquer le patient, qu'on sait bien lui expliquer le pourquoi du comment je pense qu'on peut plus les rendre compliants à un traitement qui nous semble justifié et ça passe bien entendu par l'explication des éventuels effets secondaires, prendre en compte que mettre tel médicament chez un patient ya des effets secondaires que le médicament doit s'inscrire dans sa vie, dans son, ... donc voilà ça ne remet pas en cause tout ça

mais je pense que si on est meilleurs en éducation, on renforce la relation parce que le patient il se sent...

Parce que je trouve que quand on explique, ça c'est mon expérience personnelle, je trouve que quand on explique aux gens, étonnamment il se sentent écoutés, tu vois ce que je veux dire, et quand on donne de l'information au patient, qu'on lui explique le pourquoi du comment, pourquoi il a ça pourquoi il a ça, je trouve que les patients, moi j'ai l'impression qu'ils me renvoient l'image que ils ont l'impression qu'on s'est occupé d'eux, qu'ils ont été écoutés et qu'on leur a pas juste dit ben c'est une neurofibromatose de type 1 voilà vous ferez ça et pi on se revoit dans 2 semaines et ils ont rien compris. Alors que si tu expliques je ne sais quoi, le truc, le pourquoi du comment, tatati tatata, tu vois, je trouve que les patients ils se sentent plus en confiance, écoutés, je trouve que ça majore la relation. Pis l'objectif c'est pas que le patient il revienne la semaine prochaine parce qu'il n'a rien bité parce qu'il a pris sa ventoline que toi tu te prends la tête en consultation parce que la ventoline ça marche pas mais en fait c'est juste que le type il le fait mal et que en fait toi t'es en train de te prendre le chou à lui changer 10 fois le traitement alors qu'en fait le premier marchait bien il l'avait juste mal pris et t'avais pas pris 2 minutes pour lui expliquer. Donc voilà ce que moi ça pourrait m'apporter. Mais finalement ça t'apporte plein de trucs ça t'apporte majorer, améliorer la relation médecin patient, améliorer la qualité de prise en charge de tes patients améliorer la compliance du patient au traitement et puis même pour l'égo du médecin je trouve que quand le patient il fait bien un truc que tu lui as expliqué et que le patient est content que et voilà et moi-même j'ai vraiment, jsuis content d'expliquer au patient je me dis que ça peut vraiment être que, ça peut que leur servir.

Mais tu vois l'écoute je pense que ça marche dans les 2 sens, tu vois, juste le fait d'écouter que le patient il est en demande d'une explication et du coup toi t'as expliqué et du coup c'est toi qui as parlé mais t'as expliqué et ça je trouve ça intéressant et vraiment moi j'trouve que ça ben moi ça m'épanouit dans mon job de médecin généraliste, de me dire que ben voilà j'ai su expliquer ça au patient il est sorti en sachant ça du cabinet, pourquoi on allait lui proposer de la chirurgie, pourquoi c'était grave ou pas grave, pourquoi ça lui était arrivé, pas partir après dans des délires de c'est la fatalité, le destin, le je ne sais quoi.

Question 4 : Que penses-tu d'une formation commune avec d'autres professionnels de santé ?

Z1 : Si moi je dis un truc que l'infirmière en dit un autre et que le kiné encore un autre, tu pètes un câble, enfin le patient pète un câble, après tu ne fais plus confiance à personne ou éventuellement à un pour le peu que ce un dise l'inverse de toi c'est la cata. Donc si tu peux un peu avoir une formation commune ça permet d'avoir probablement une vision plus commune de ce que c'est l'ETP et de deux ce que c'est la pathologie que tu vas enseigner en éducation thérapeutique. Pour quand même que la relation médecin patient c'est une chose après t'as la relation patient/infirmière, après du coup t'as des relations avec l'infirmière via le patient mais je pense que si t'as des relations directement médecin/infirmière, ça permet aussi d'avoir une espèce de politique commune sur quoi dire au patient et comme en plus si on s'éloigne de l'ETP qu'on revient juste à l'éducation simple, comme l'éducation est quand même vachement variable d'un patient à l'autre et que pour la même pathologie tu vas pas forcément dire la même chose au patient si tu le prends dans sa globalité, son histoire, ses antécédents ses machins, si t'as pas une action un peu commune avec d'autres professionnels qui seraient amenés à faire le truc ça va être le bordel pour le patient. Ce qui est intéressant dans l'éducation, c'est de pouvoir s'adapter au

discours du patient, le mec qui a un master de physique ou un doctorat de physique tu vas pas lui expliquer de la même manière que le type qui est un jeune qui est en IME, enfin, tu vois, forcément tu ne vas pas avoir la même éducation sur ces 2 personnes. Mais si du coup avec l'infirmière t'es pas capable de pouvoir en discuter et avoir une action commune dans l'objectif d'améliorer le patient, tu vois autant le mec qui a un doctorat de physique avec ton éducation t'as envie de le pousser à être vraiment bon autant t'as pas les mêmes objectifs avec le jeune en IME et tu seras content qu'il ait fait telle ou telle chose parce que pour lui c'est déjà énorme. Mais si du coup t'as pas cette idée commune avec l'autre professionnel de santé ça va être galère quoi tu vois. Donc pourquoi pas de la formation commune. En plus de ça, euh ya probablement des choses, je sais pas dans quoi d'autre, je suis pas très bon en ETP, je sais pas trop dans quels domaines on pourrait faire de l'ETP mais ya peut être des trucs où le médecin a besoin des compétences de l'infirmière pour être meilleur dans ce qu'il a à enseigner donc ça ne me paraît pas dénué de sens. Après de mon expérience je sais qu'en ETP à l'hôpital d'Annecy ils faisaient un médecin et une infirmière avec un groupe de gamins. Donc probablement que si il faut travailler ensemble pour faire de l'ETP, il faut probablement être formés au moins en partie ensemble sinon ça n'a pas de sens. Je pense que l'ETP ça sort du champ purement médical, au bout d'un moment l'objectif c'est quand même de prendre le patient dans sa globalité, si tu fais de l'ETP c'est pas pour faire juste, pour faire de l'éducation, c'est pas l'objectif de l'ETP, c'est pas juste pour l'éduquer, c'est vraiment pour faire un point sur le patient dans tout ce qu'il est donc euh, réduire ça à dire euh non c'est purement médical, c'est un peu con.

P : D'autres choses ?

Z1 : Je pense que la formation elle devrait être permise autant, elle devrait être permise à différents niveaux, elle devrait être permise en deuxième cycle pour avoir la possibilité de s'ouvrir à qu'est-ce que c'est l'ETP juste voilà quand on est externe qu'on comprenne bien que l'ETP et l'éducation du patient c'est pas pareil, ensuite en tant qu'interne permettre de pouvoir éventuellement s'ouvrir un peu plus à la spécialité enfin au truc d'éducation thérapeutique pour avoir une idée plus précise et je pense que quand on est médecin installé si on a envie de faire de l'ETP, on devrait pouvoir éventuellement s'inscrire à un groupe de formation pour pouvoir faire de l'ETP, je sais pas si c'est faisable. Après moi, ma vision du mec qui ne connaît pas bien l'ETP, c'est de dire que j'ai l'impression que ça s'adaptait à peu de pathologie et du coup peut être que tu vois en externat c'est de dire ben l'ETP c'est valable pour telles, telles, telles pathologies. Ou alors voire même ou alors j'ai rien compris au truc et que c'est adaptable à toutes les pathologies faut juste trouver une matière à faire de l'éducation thérapeutique du patient mais ça mis à part un groupe restreint d'étudiant à fait euh comme toi un truc d'ETP, voilà moi pourquoi je connais l'ETP c'est parce que toi t'en fais et que tu m'en a parlé mais je ne te connaissais pas j'aurais limite découvert l'ETP en pédiatrie à Annecy et encore peut être que le truc a raisonné à mes oreilles parce que j'étais déjà sensibilisé que ça existait. J'ai l'impression que c'est confidentiel parce que ça s'adapte à peu de pathologies, si on prouve que ça peut s'adapter à plus de pathologies et si on éveille juste la curiosité de tous les étudiants à dire que ça existe ça permettrait de dire que l'ETP ça pourrait être mieux connu. Mais moi ce qui me semble intéressant c'est de me dire que si je me forme à l'ETP malgré mon peu de sensibilité à faire de l'ETP, ça me permettrait quand même d'être encore meilleur dans l'éducation des patients dans un but d'améliorer la relation avec le patient et la compliance au traitement quel qu'il soit. C'est ma conclusion.

Entretien individuel Z2

Q1: Comment aimerais-tu être formé à l'ETP ?

Z2 : Je pense qu'il faudrait qu'on ait des cours théoriques à la fac, au moins avoir une base théorique sous forme de séminaire avec peut-être des jeux de rôle qui sont parfois assez représentatifs des situations cliniques qu'on peut vivre au cabinet.

Ensuite il faudra le mettre en pratique et ça on pourrait le faire au sein déjà de programmes d'éducation thérapeutique qui doivent déjà exister pour certaines maladies chroniques. Je pense qu'au début après avoir reçu une formation théorique, il faut qu'il y a une formation pratique mais observationnelle au sein de groupe de TP pour voir comment ça se passe parce que je pense qu'il y a pas beaucoup d'internes qui savent exactement comment se déroulent les séances d'ETP et ensuite pourquoi ne pas en faire en tant qu'acteur avec un médecin ou une infirmière.

On dirigerait un peu la séance. Pour qu'on sache mettre en œuvre un programme d'ETP le jour on sera en cabinet en libéral ou en maison de santé. On pourrait imaginer une mise en pratique en plusieurs phases, une première phase simplement observationnelle, une deuxième phase où on serait en observation mais un peu en binôme et on commencerait déjà un petit peu à participer et animer et enfin une dernière phase où c'est nous qui animons et où on a toujours notre binôme qui nous observe un peu comme en UPL. On a la phase d'observation active et puis à la fin on a la supervision directe.

K: Tu as parlé de jeux de rôle, tu verrais ça comment ?

Z2 : Alors des jeux de rôle entre un patient et un médecin ou plusieurs patients et médecin, et on pourrait inverser les rôles entre les patients qui feraient les médecins et les médecins qui feraient les patients mais des jeux de rôle pour nous former.

K : Mais donc qui joueraient le patient et le médecin ?

Z2 : Les internes.

Kévin : Mais donc ils jouent quelque chose qu'ils ne savent pas faire ?

Z2 : On aura eu la formation théorique avant. Donc des jeux sur la phase théorique et après on mettrait la phase observationnelle sur le terrain avec des vrais patients.

K : Et à quel moment de la formation ?

Z2 : Dès le début de notre formation ou alors peut-être après la première année une fois qu'on s'est débarrassé du stage d'urgence et qu'on commence à faire le stage chez le praticien parce

que c'est peut-être là où on sera le plus en situation de devoir mettre en place de l'éducation thérapeutique. Mais après à chaque semestre et à chaque spécialité, il y a une éducation thérapeutique à faire parce qu'on passe dans des services liés à des maladies chroniques.

K : Donc que pendant l'internat ?

Z2 : Pendant l'externat ça pourrait également être abordé, dans les stages où on passe. Le pH, il pourrait nous faire des cours d'éducation thérapeutique

K : Tu en avais déjà vu où c'est entendu parler ?

Z2 : Ben je pensais pas mais en fait réfléchissant je me rends compte que oui j'en ai déjà vu en tant qu'externe en cardiologie, puis à nouveau en tant qu'interne encore en cardio. J'avais un cardiologue qui en faisait, mais il n'avait pas nommé clairement ça comme de l'ETP, mais en fait c'était un groupe pour apprendre la gestion des médicaments, suivre un régime diététique. Mais après j'ai pas vu la démarche de création du programme, comment gérer, quelle est la démarche derrière et quelles sont les conditions pour que ce soit validé comme de l'ETP

K : Et donc les cours théoriques, tu verrais ça sous quelle forme ?

Z2 : Déjà en petit groupe avec un diaporama habituellement comme quand on est en journée d'étude, en séminaire. Mais en petit groupes pour te permettre vraiment de poser des questions et que ce soit dynamique c'est toujours plus facile que si on est en amphithéâtre et ensuite on pourrait faire des premières simulations de jeux de rôle pour essayer de se rendre compte un peu de ce que c'est et puis voilà.

K : Et donc quel contenu dans les cours théoriques ?

Z2 : Ben déjà avoir une définition de l'ETP parce qu'à priori c'est quand même quelque chose de particulier et ensuite on pourrait peut-être voire aussi des vidéos pourquoi pas un support numérique ça permet de bien accrocher des fois sur une séance d'ETP.

K : Et donc la partie pratique ce serait ?

Z2 : Avoir des séances d'ETP au début vraiment en tant qu'observateur, peut-être suivre même un programme carrément, parce que je pense qu'il y a des thématiques à chacune des séances, c'est vraiment un programme global donc c'est important de le voir dans son ensemble et puis après essayer de se rendre acteur dans un second temps puis enfin et bien animateur de la séance si possible.

Enfin les trois phases comme j'avais dit tout à l'heure et je pense que, aussi, faire intervenir un patient seul pendant une séance théorique ça peut être utile pour essayer de voir les attentes qu'ils peuvent avoir de ce genre de pratique

K : Un patient qui a déjà fait de l'éducation thérapeutique ou pas ?

Z2 : Et bien ça peut être un qui en a déjà fait et un qui en a jamais fait. Essayer un peu de confronter les avis, et essayer de comprendre celui qui ne fait pas d'ETP pourquoi il en fait pas, quels sont ses freins après éventuellement faire lever ses freins à ce moment-là. Et le jour où au cabinet on a un patient qui veut pas faire d'éducation thérapeutique et bien essayer de le faire entrer dans un programme d'éducation thérapeutique, pour le faire adhérer à notre projet, essayer d'avoir une meilleure prise en charge. Et peut-être que le témoignage de ce patient et bien nous aidera à mieux comprendre les réticences de notre patient le jour-J pour essayer de le faire changer d'avis de l'intégrer dans un programme.

Q2: Quelles compétences souhaiterais-tu acquérir au cours d'une telle formation ?

K: Quelles compétences aimerais-tu acquérir au cours de cette formation?

Z2 : Alors ça serait d'analyser les attentes des patients, de bien les comprendre pour essayer de les aider au maximum dans la compréhension de la maladie, qui pourra aussi participer à l'éducation thérapeutique.

Donc, bien cerné son patient et avoir une approche un peu globale, tant du patient que de sa complexité. Parce que même s'ils ont une même maladie, chaque patient est différent et ne l'aborde pas de la même façon.

K : Et ça s'apprend comment alors ?

Z2: C'est en connaissant un petit peu le patient, peut-être en l'ayant déjà rencontré un peu avant et justement en posant des questions sur ses attentes ou comment il vit sa maladie pour pouvoir essayer de le cerner et rendre les séances le plus utiles possible pour lui.

K: Et comment avec une formation, on peut apprendre à mieux analyser le patient ?

Z2: Nous en tant que médecin avec notre propre compétence qu'on a appris en suivant les patients au cabinet qui vont essayer de faire ressortir qui il est vraiment. Il y a aussi une question de feeling je pense.

K: Ok, d'autres compétences que tu souhaiterais acquérir pour pratiquer l'ETP ?

Z2 : Je t'en dirai une si j'en trouve une...

Après, si mener à bien un programme d'ETP. C'est un DU l'ETP, c'est compliqué avec un mémoire. C'est dommage, il m'en avait parlé mais il ne me l'avait pas vendu comme un truc aussi formel que cela.

K: Après c'est peut-être pas lui qui avait monté le programme ?

Z2: Non je ne pense pas mais par contre il allait en réunion. Il y était allé deux fois en un semestre mais il y avait pas encore de patients, il parlait surtout des infirmières et des nutritionnistes.

Au niveau des compétences, ça pourrait être aussi relationnel avec des autres professionnels de santé et ce n'est pas que du ressort du médecin, et donc qu'il y est d'autres intervenants qu'on pourrait mobiliser sur la séance en plus des patients.

K: Pour leur expliquer aussi les choses ou bénéficier de leurs compétences ?

Z2: Pour bénéficier de leurs compétences dans l'approche au patient

Q3 : Quels bénéfices pourraient vous apporter l'ETP ? Quelles attentes si tu la pratiques ?

Z2: Je pense que c'est surtout pour mieux prendre en charge le patient dans sa maladie dans son abord et dans sa gestion dans la vie de tous les jours. Donc pour mieux soigner les patients. Un bon point.

K: Tu envisages de soigner tes patients atteints de maladies chroniques sans ETP?

Z2: Bien comme je ne sais pas encore vraiment à quoi ça ressemble... (Rires)

C'est un peu difficile de répondre mais, je pense que ça doit être possible de les soigner sans la pratiquer. Pour l'instant il y a pas beaucoup de patients qui font de l'ETP, moi j'en ai encore jamais vu, mais je pense que ça pourrait être vraiment un plus pour eux.

Q4 : Que penses-tu d'une formation commune avec d'autres professionnels de santé ?

Z2 : Je pense que ça pourrait être très bien et très formateur. Déjà pour nous, car il y a des notions mine de rien qu'on maîtrise mal au niveau nutritionnel, parce que moi je pense pas avoir eu de formation NUT ou alimentation pendant l'externat ni pendant l'internat.

Ça nous permet aussi de cerner la maladie sous tous les rapports professionnels qu'elle engendre, parce que si un malade voit une infirmière, une aide-soignante, une nutritionniste et un médecin, ça c'est un plus. Et je ne peux pas concevoir que l'éducation thérapeutique soit le fait que d'une seule profession de santé, parce que c'est quelque chose qui est imbriqué dans la maladie, et donc il faut qu'il y ait plusieurs professionnels représentatifs de la maladie.

K: Ils seraient là dès la formation théorique ? c'est à dire cours théoriques communs avec kiné, infirmières ?

Z2: je pense que oui, ça pourrait être le cas. Après je pense qu'il y a des aspects plus techniques qui peuvent être difficiles à aborder chez certaines professions, par manque de connaissances

ou comme le jargon médical. Pourquoi pas, juste un cours peut être plus précis pour un médecin ou une infirmière, chacun à son domaine de compétence, mais en tout cas, la formation, il faut à un moment donné qu'elle soit commune.

K: Les enseignants, ça pourrait être la même chose?

Z2: Oui, on pourrait faire intervenir une nutritionniste pour faire des cours à des kiné, à des médecins...

K: Une infirmière qui donnerait des cours à des internes en médecine?

Z2: Moi en tout cas, ça ne me gênerait pas, après le contenu du cours, je ne pourrais pas préciser exactement ce qu'elle pourrait nous apprendre... On a tous à apprendre des autres professions, elle dans sa vision du patient ou sa gestion du patient.

K: Envisages-tu de faire de ETP ?

Z2 : Si la formation que l'on me propose me plait, oui, je pourrais éventuellement le faire dans la mesure où elle pourra être réalisable avec les patients. Je suppose que cela doit prendre du temps, je ne sais pas comment ça s'organise, sur plusieurs mois...

Oui, si ça peut aider le patient à mieux gérer sa maladie. Oui !

K : Merci d'avoir participer.

FIN

Entretien individuel Z3

Question 1 : Comment aimerais-tu être formé à l'éducation thérapeutique ?

Z3 : Déjà savoir que ça existe, parce qu'avec la définition que tu viens de donner, je viens de découvrir quelque chose ! Alors ça m'embête un peu, parce que l'éducation thérapeutique c'est quelque chose que j'aime bien faire, prendre le temps avec le patient à la fin de la consultation pour voir, avec lui, certaines choses sur son traitement et pas forcément que des maladies chroniques.

Mais donc là, d'après ce que tu dis, ça correspond plus à de l'éducation à la santé. Donc pour revenir sur l'éducation thérapeutique et sur comment on voudrait y être formé, donc en premier, là, je dirais savoir que ça existe, avoir un cours qui explique l'éducation, quelque chose qui serait assez tôt, je dirais pendant l'externat. Parce que je trouve ça aberrant d'arriver à l'internat et en fait de pas savoir quelque chose comme ça, quelque chose d'aussi important que l'éducation des patients, après, ça reflète bien la formation hospitalière.

Au final tout ce qui est communication, tout ce qui est éducation avec le patient, adaptation aux patients, ça on le voit très peu. Si le patient ne suit pas le traitement qu'on lui prescrit, c'est un mauvais patient point, on cherche pas forcément à aller le récupérer. Bon, après ça c'est peut-être aussi une question de temps et d'organisation des services hospitaliers. Bref, donc moi je dirais, savoir que ça existe avoir un petit topo là-dessus, l'avoir plutôt rapidement dans ton cursus, comme toutes les choses qui sont importantes et puis après je pense que pour aller vraiment voir ce que c'est, il faut aller le voir quoi, donc aller observer des séances d'éducation thérapeutique.

K : A quel moment ?

Z3 : Alors moi, je dirais plutôt idéalement, ce serait pendant l'externat, après ça peut être un peu compliqué. Ce serait une possibilité de faire faire des journées en fonction du stage où tu es. Par exemple si tu es en endoc, il y a forcément de l'éducation thérapeutique. Et donc avoir accès à ses séances pouvoir y aller en tant qu'observateur.

Après le problème de ça, ce serait peut-être qu'on dérangerait les patients, parce que je pense que c'est une démarche où c'est important que les patients, qui participent à la séance, se sentent

bien, en confiance et qu'ils puissent se livrer, pour que la séance soit efficace. Donc après le problème c'est, est-ce que la présence d'externes qui observent ne va pas un peu gêner tout ça ? Sinon du coup, une autre solution serait de montrer des vidéos d'éducation thérapeutique, mais après la vidéo, je suis pas forcément pour, parce qu'une séance d'éducation thérapeutique c'est quelque chose qui doit être assez long, enfin j'imagine facilement deux ou trois heures, donc après, faire un cours pour juste passer une vidéo de 3 heures, c'est pas très rentable et si on nous dit, bah ! vous avez une vidéo à regarder, pas sûr qu'on la regarde, tu vois, ou du moins pas bien attentif.

Et puis il y a pleins de choses qu'on ne doit pas ressentir de la bonne façon : les gestes, les attitudes des patients, ça c'est des choses, dans une vidéo, que tu as plus de mal à cibler, comme les regards.

K : Et sinon, tu disais pendant l'externat, allez observer pendant les stages ?

Z3 : Bah oui, ça pourrait être d'aller, par exemple, si tu es en endocrinologie, bah tu vas voir des séances d'ETP qu'il y a dans le service. Je pense qu'il y en aura forcément et puis après il y a d'autres services où c'est faisable comme la cardio, la rhumato...

Après ça pose le problème de, si tu passes pas dans ces stages-là, du coup tu verras pas l'éducation thérapeutique, même si je pense que c'est quand même très rares les internes qui passent pas dans ces services à un moment donné. J'ai l'exemple d'un copain qui voulait faire de la chirurgie, et qui du coup passait que dans des stages de chirurgie, mais bon je pense que ça c'est quand même pas quelque chose de très fréquent.

Donc je pense que cette méthode toucherait quand même à peu près tous les externes. Sinon il y aurait aussi... moi où j'ai fait mon externat, on avait des petits cours thématiques souvent le mardi ou le mercredi matin une fois par mois ou toutes les 2 semaines, je me rappelle plus bien, et c'était des cours thématiques faits par des assistants en rapport un petit peu avec le Pôle où on était et on pourrait facilement imaginer au moins une fois sur le semestre de faire et bien une séance thématique sur l'ETP, toujours en rapport avec une des grandes maladies concernées par la spécialité.

K : Donc quelque chose de plutôt obligatoire ?

Z3 : Ben oui, pendant l'externat, je pense vraiment qu'il faut que ce soit obligatoire, au final c'est quand même pas grand-chose et puis de toute façon, d'après ce que tu me dis, la loi et les

compétences ça fait partie des choses obligatoires à maîtriser, au moins savoir que ça existe et que c'est un outil qu'on peut avoir pour nos patients. Au final, je trouve ça vraiment, vraiment dommage qu'on soit pas au courant de ça, moi je me sens un peu nul, parce que du coup j'avais l'impression de bien faire les choses et puis au final je ne sais même pas que ça existe et du coup je n'ai jamais proposé à un patient de faire de l'ETP. Je pense que c'est vraiment du coup une perte de chance. Moi personnellement j'ai du mal à envisager une prise en charge d'une maladie chronique sans éducation.

K : Et après, pendant l'internat ?

Z3 : Bah, après pendant l'internat, vu qu'on aurait déjà vu un petit peu les notions de base pendant l'externat et qu'on aurait au moins vu une fois et découvert un peu le principe de l'ETP, les échanges entre les patients. Je pense qu'il faudrait plus chercher à se perfectionner sur la façon de gérer l'ETP. Déjà peut-être, je pense pas qu'une personne va faire de l'ETP pour pleins de pathologie, on va plus ou moins se spécialiser dans l'ETP, par exemple en faire pour le diabète ou pour l'insuffisance cardiaque, mais ça me paraît compliqué d'en faire pour plusieurs maladies mais bon, après peut-être que là je me trompe et que c'est pas le cas.

Mais donc ça me paraît très intéressant, déjà parce que je pense que quand on est interne, on a déjà plus de l'attrance pour certaines matières, pour certaines pathologies par rapport à d'autres, on est déjà un petit peu en capacité de faire un choix et donc pas que les cours soient sur toutes les pathologies, qu'il y ait déjà un peu une sélection à ce niveau-là.

Et après, je pense qu'il faudrait continuer à s'enrichir sur le plan pratique, c'est-à-dire aller observer des séances d'ETP, essayer de suivre un groupe. Après il faudrait peut-être essayer de faire des partenariats avec des associations qui font de l'ETP, parce que je crois qu'il y en a beaucoup et que ça marche principalement avec elles et du coup d'aller voir des séances d'ETP assez régulièrement pour enrichir ses connaissances.

K : Mais quand ? Pendant l'internat ?

Z3 : Ben oui, mais c'est là que ça pose un problème, on a quand même pas trop le temps, alors à quel moment envisager ça ? C'est un peu difficile. Déjà je pense que pendant ton stage d'urgence ça me paraît un petit peu compliqué d'aller faire de l'ETP, surtout qu'il y a quand même pas trop de rapport... Encore que, aux urgences justement, c'est un très bon exemple des conséquences de patients mal éduqués, on a souvent des tableaux aigus de décompensation de

maladies chroniques où les patients n'ont pas su réagir correctement, où pas à temps, mais pour moi c'est pas forcément de leur faute, c'est surtout qu'on leur a pas appris à réagir correctement. Donc finalement les urgences, c'est un bon exemple : pas du bénéfice de l'éducation thérapeutique, mais plutôt un bon exemple des conséquences d'une mauvaise ou d'une non éducation du patient. Donc en fait, quand on y réfléchit, le fait de passer aux urgences c'est aussi une forme de sensibilisation à l'importance de l'éducation des patients atteints de maladies chroniques.

K : Et donc pour en revenir sur comment serait organiser la formation pratique pendant l'internat ?

Z3 : Ah oui et bien du coup moi je verrai bien ça pendant le stage praticien, de faire et bien d'aller faire une demi-journée par semaine ou toutes les deux semaines de l'éducation thérapeutique ou alors d'aller suivre un programme pendant deux-trois jours. Parce que je pense que c'est aussi important de suivre l'évolution des patients tout au long d'un programme et des séances.

Pour le coup, ça je pense que c'est pas trop compliqué à mettre en place en général en UPL et en SASPAS, on travaille que 3 jours et demi ou 4 jours, donc ça nous laisse un jour de libre par semaine, en général le conseil c'est d'aller faire une demi-journée ou une journée chez un spécialiste pour voir un peu sa pratique, mais ça me paraît tout aussi important et ça pourrait tout autant être intégré, d'aller voir des séances d'éducation thérapeutique.

Je pense que ça c'est quand même tout à fait faisable. Et que ça fasse partie à la fin dans ta fiche d'évaluation que le DMG l'intègre dans les conditions obligatoires pour valider ton stage d'avoir au moins vu une fois une séance d'ETP pendant ton stage chez le praticien. Après, je pense qu'on peut se limiter à une seule fois obligatoire, pour découvrir ce que c'est, voir comment les patients qui réagissent à ça, et puis de toute façon si c'est quelque chose qui t'intéresse et que tu as envie de faire toi, après bien, de toute façon je pense que tu vas y retourner par toi-même. Et on peut aussi imaginer d'intégrer dans les conditions de validation du stage, par exemple, les stages hospitaliers en cardiologie, en endocrinologie, en pneumologie, en néphrologie, en gastro-entérologie, pour les maladies hépatiques chroniques, où du coup il y a forcément de l'éducation thérapeutique de pratiqué. Et bien que là aussi ça fasse partie des conditions de validation de ton stage d'aller voir au moins une séance d'éducation thérapeutique. Par contre là ce qui peut poser problème, c'est vu que dans les stages hospitaliers on est vraiment là pour faire tourner le service, que les chefs soient un petit peu

réticents à nous faire aller à une séance d'éducation thérapeutique, où du coup on va être assis sur notre chaise, ça va pas leur apporter grand-chose et du coup en plus on sera pas dans le service.

Donc ça c'est quelque chose, qui faudrait vraiment que le DMG intègre dans les obligations de validation de stage. Après je pense pas que ce soit si dur que ça à faire accepter et comprendre au chef de spécialité que c'est important qu'on soit formé à l'éducation thérapeutique parce que et bien ils sont quand même assez facilement à critiquer la prise en charge du généraliste, qui a modifié tel traitement, souvent en pensant bien faire et que finalement bien ça a pas empêché la décompensation cardiaque.

Donc, c'est un peu aussi une façon de former, nous qui sommes les futurs généralistes et qui avons un suivi plus régulier des patients atteints de maladies chroniques que le spécialiste et, justement éviter ce genre de complications. Et si on leur explique sous cet angle là je pense qu'on pourra leur faire accepter l'idée assez facilement.

Question 2 : Quelles compétences souhaiteriez-vous acquérir au cours d'une telle formation ?

Z3 : Des compétences en communication, se rendre compte à arriver à bien communiquer. Ouais je pense que c'est une façon de communiquer qui est différente, en cabinet on a plutôt tendance à beaucoup parler, à essayer de faire comprendre des choses au patient et on prend quand même moins le temps de l'écouter. Enfin c'est surtout au début avec l'interrogatoire mais souvent quelque chose de très dirigé, il est assez... je veux dire il sert à éliminer quelque chose ou à apprendre quelque chose de bien précis et puis après la consultation se poursuit et à la fin, on balance tous nos trucs au patient et sans vraiment poser la question d'adapter les traitements ou la prise en charge, et de ce dire, est-ce qu'elle va vraiment convenir au patient que j'ai en face de moi, est-ce qu'il va vraiment la suivre à 100% ?

Je pense que c'est notre façon de communiquer et d'échanger avec le patient de beaucoup plus lui laisser de la place à lui, ce qu'il a à dire, puisque de toute façon c'est vraiment quelque chose de très personnel, le vécu qu'il a de sa maladie. Et une chose qui est importante, je pense à faire comprendre au patient atteint de ce genre de maladie, c'est que c'est vraiment lui l'acteur principal de sa maladie, certes on va lui donner des médicaments mais il faut bien lui faire comprendre que le médicament, il ne va pas faire tout le travail, que tout ce qu'on appelle les règles hygiéno-diététiques, c'est une partie essentielle du travail. Moi, pour te donner un exemple, je suis toujours un peu réticent avec les patients qui ont du cholestérol, par rapport à

la gestion des statines. J'ai un peu l'impression des fois qu'un patient, tu lui dis qu'il a du cholestérol donc il faut qu'il fasse attention à ce qu'il mange pas trop de ci, de ça, qui fasse du sport et que si malgré ça on arrive pas à gérer son cholestérol et bien on va le mettre sous statine. Et du coup j'ai un peu l'impression que le patient, il se dit « bon bah maintenant je prends le médicament donc ça va traiter mon cholestérol » et que du coup toute la partie hygiène de vie et bien elle passe au second plan et que même du coup et bien il a de nouveau une hygiène de vie qui va avoir tendance à se dégrader.

Question 3 : Quel bénéfice pour une formation à l'ETP ?

Z3 : Alors les bénéfices de l'éducation des patients et du coup aussi de l'ETP j'en suis assez convaincu et je pense qu'il y a pas trop de débat pour ça. C'est l'exemple que j'ai donné tout à l'heure, il suffit de voir les conséquences quand on est aux urgences d'un patient qui gère pas bien sa maladie, pour être convaincu qu'il y a un intérêt à bien éduquer son patient. Je pense qu'il y a un intérêt pour le patient, je pense aussi qu'il y a un intérêt pour la sécurité sociale et du coup la société en général, parce que ça diminue sacrément les coûts de santé.

Et enfin il y a un bénéfice que j'ai envie d'évoquer, c'est plutôt le bénéfice pour nous, pour le médecin. C'est d'avoir une meilleure connaissance de tes patients, je pense que tu as plus facilement, du coup, la confiance de tes patients, que le patient est le plus satisfait. Il se dira, bon, lui, il cherche à me comprendre, il m'a compris ou il essaie de faire des efforts et de s'adapter à moi. Et ça c'est quelque chose que les patients, je pense, ils sont quand même beaucoup en recherche de ça. C'est une critique souvent avec nos patients qu'on va souvent à l'essentiel et on ne prend pas le temps de les écouter.

Après ça pose la question aussi de trouver le temps de faire de l'ETP, je pense qu'il faudrait s'aménager des après-midi, une fois par mois, par exemple, avec ses patients, une fois qu'on a choisi une pathologie, voilà, pour discuter avec eux, pour mettre des choses en place, et être à leur écoute. Je pense que ça aurait aussi un bénéfice pour le médecin de varier un petit peu son activité, de pas être en permanence dans les consultations chronométrées avec cet objectif de rentabilité, mais de prendre un petit peu plus le temps de discuter, d'écouter des patients qui en ont besoin et qui en font la demande, puisqu'ils feraient la démarche de venir à ces séances d'éducation thérapeutique. Et je pense que, du coup, le médecin peut en tirer un vrai bénéfice, de se rendre compte de ce qu'il arrive à faire passer comme message. Et aussi se rendre compte qu'un patient qu'il a vu en consultation, à qui il a expliqué des choses et qu'au final pendant la séance d'éducation thérapeutique ce patient n'a pas compris. Et donc ça peut être aussi un bon

moyen de s'améliorer dans sa communication au quotidien pour que le message qu'on délivre au patient soit entendu, compris et enregistré.

Question 4 : Que penserais-tu d'une formation commune avec les autres professionnels de santé ?

Z3 : Alors ça c'est une bonne question

K : Merci ! (Rires)

Z3 : Je dirais que de toute façon l'éducation du patient c'est quelque chose de pluridisciplinaire. Moi personnellement, je l'ai vu faire, c'était en stage praticien avec les infirmières Asalée. Je pense que pour qu'une prise en charge éducation soit complète, il faut l'intervention de plusieurs professions : diététicien, ergothérapeute, kiné, infirmières et que chacun a un rôle important à jouer. Donc l'idée d'une formation pluridisciplinaire, elle est essentielle, à mon avis. Déjà pour une bonne répartition des rôles, pour qu'il y ait une cohérence dans tout ce qu'on dit, que le message donné soit le même, il ne sera sûrement pas dit de la même façon et c'est ça aussi qui est intéressant, mais il faut qu'il y ait une cohérence dans tout ce qui est dit et ne surtout pas se contredire, sinon le patient va être perdu et les intervenants vont perdre en crédibilité.

Et puis, il y a aussi un échange de points de vue qui peut être très intéressant, puisque je pense qu'en fonction de ton domaine, tu ne vas pas voir les choses de la même façon, il y a pas les mêmes choses qui auront la même importance et les patients vont sûrement se livrer de manière différente. Je pense qu'un patient confie pas les mêmes choses à une infirmière, qu'il ne confie à un médecin, donc ça permet d'avoir un point de vue plus globale du patient. Donc pour moi, oui, une formation commune ce serait même essentielle, ça doit être fait comme ça.

K : A quel moment ? Dès le début de la formation ?

Z3 : Alors peut-être pas, moi je dirais plutôt qu'il faut, par rapport à ce que je disais tout à l'heure sur l'externat, pendant qu'on est externe faire une formation plus spécifique, centrée sur le médecin, le rôle du médecin, apprendre les bases de l'éducation thérapeutique en pratique et avec des médecins. Et après quand on est interne, qu'on a une formation plus centrée sur la pratique, à ce moment-là qu'il y est des échanges et une formation commune avec les autres professionnels impliqués dans l'ETP, ça me paraît bénéfique. Par contre, le faire plus tôt ça me paraît pas forcément une bonne chose, parce que quand on est externe, on n'aura pas forcément

le bagage pour s'en sortir face aux autres professionnels de santé, donc le faire trop tôt ça pourrait être délétère pour moi. Mais le faire après pendant l'internat au moment où on se perfectionne, mais après que ce soit peut-être réservé aux internes qui veulent vraiment faire de l'ETP. Voilà en gros le message c'est : tout le monde doit savoir que l'ETP existe, tout le monde doit savoir à quels patients on adresse pour faire de l'ETP, donc c'est intéressant aussi de connaître les réseaux d'ETP dans la région pour être capable d'adresser un patient et que tous nos patients dont on juge qu'ils puissent bénéficier d'ETP.

Et pas nécessairement qu'on soit capable de mener un programme d'ETP, peut-être un peu plus réservé aux internes qui sont vraiment intéressés pour en faire dans leur pratique future.

Donc pour moi les bases de la formation, ce serait connaître l'éducation thérapeutique, dans quel cadre on fait ça, à quel patient ça s'adresse exactement, à quel moment de la prise en charge on propose ça au patient, qu'on ait au moins vu des séances d'éducation thérapeutique, mais pas qu'on soit tous capables de faire de l'éducation thérapeutique.

K : Merci pour ta participation.

FIN

Entretien individuel Z4

Question 1 : Comment aimerais-tu être formé à l'éducation thérapeutique ?

Z4 : Du coup, ce serait une formation obligatoire pendant l'internat ?

K : A toi de me dire : pendant l'internat, l'externat, obligatoire, facultative...

Z4 : D'accord, alors déjà pour moi c'est quelque chose d'important, même de très important. J'ai déjà eu la chance d'assister à des séances d'éducation thérapeutique, notamment lors d'un de mes stages en endocrinologie, c'était de l'éducation thérapeutique pour les diabétiques, et après j'avais fait une ou deux journées avec l'infirmière azalée, pendant mon stage chez le praticien.

Et donc justement, je m'étais fait la réflexion que c'est quelque chose qu'on n'apprenait pas du tout au cours de notre cursus. Moi, j'ai fait mon externat à Grenoble et j'ai jamais eu de cours sur l'éducation thérapeutique, et avec le recul, je trouve ça vraiment dommage. Par exemple, on a eu plein de cours différents sur le diabète : diabète de type 1, diabète de type 2, les complications.... Mais jamais de cours sur l'éducation thérapeutique du diabète, alors que c'est une partie très importante, voir inévitable de la prise en charge.

Donc moi, je dirais pour commencer, déjà au moins pendant l'externat avoir une, deux heures de cours là-dessus. Après le problème c'est que pendant l'externat, pour qu'on se sente concerné par quelque chose, il faut que ça ait un rapport avec l'ECN, quand on est externe, on ne voit pas forcément beaucoup plus loin que l'ECN, même si c'est des choses qui vont être très importantes pour notre pratique future, c'est un peu le problème de l'externat en général.... Mais je crois que c'est pas trop le sujet là aujourd'hui (Rires).

K : Non, donc cette formation pendant l'externat tu la verrais comment ?

Z4 : Oui, revenons-en au sujet ! Alors moi je dirais qu'on ait un cours théorique en commun pour tous les externes de la promotion, qui nous présente l'éducation thérapeutique des patients, qui nous présente son déroulement, comment on monte un programme, quels sont les bénéfices pour le patient, à quels patients ça s'adresse.

Et ensuite moi, je verrais bien, parce que je pense que pendant l'externat on a quand même le temps, en plus on passe dans des stages où il y aurait moyen de faire de l'éducation thérapeutique et donc je verrai bien qu'en stage, et bien, on aille au moins une ou deux fois voir des séances d'éducation thérapeutique, qui se tiennent dans le service.

Parce que pour moi, comme toutes les choses qui sont importantes et qu'on doit retenir, il faut qu'on les voit plusieurs fois dans notre cursus et, enfin, pour donner de l'importance à quelque chose il faut le voir tôt, puis le revoir par la suite. Le revoir après sous un autre angle pour avoir du recul par rapport à ça et mieux appréhender le sujet.

K : Donc une première approche déjà théorique pendant l'externat, plus aller observer des séances d'ETP, et ensuite tu penses qu'il faudrait le ré aborder pendant l'internat ?

Z4 : Oui, c'est ce que je disais pour que quelque chose soit maîtrisé, il faut le voir plusieurs fois et à plusieurs moments de ta formation. Donc, un petit peu avoir les bases au moment de l'externat, voir au moins une fois une séance d'ETP et après pendant l'internat plus pousser les choses, aller un petit peu plus dans les détails et puis essayer de se perfectionner sur le plan pratique, en allant voir d'autres séances d'ETP.

Après le problème de l'internat, c'est le temps, on a déjà pas beaucoup le temps donc je sais pas trop comment on pourrait intégrer ça, peut-être pendant le stage chez le praticien, d'aller faire une ou deux journées pour voir de l'éducation thérapeutique, c'est un peu ce que j'avais fait, chez le praticien en allant voir l'infirmière azalée, et c'est tout à fait faisable en terme de temps.

K : Et du coup on n'apprendrait plus les choses de façon théorique ?

Z4 : Bah si, déjà tu as une bonne base pendant l'externat, il n'y a peut-être pas besoin d'y revoir par la suite. Après le problème c'est que c'est vrai on n'a pas tous fait l'externat au même endroit. Sinon ce qui pourrait être envisageable, c'est de faire un séminaire, comme on en fait à l'heure actuelle, un séminaire d'une journée, voire deux carrément, parce que le sujet est assez vaste.

Avec une première partie pour faire un peu le point sur la théorie, le contexte de l'ETP, pourquoi on le fait, quels sont les bénéfices pour le patient.

Et une deuxième partie, plutôt mise en pratique, avec par exemple des simulations ou des jeux de rôle.

On pourrait aussi imaginer qu'on nous passe une vidéo où on montre une séance d'éducation thérapeutique, pour ceux qui n'ont pas pu aller en voir en vrai et bien qu'ils aient l'idée d'à quoi ça ressemble et en quoi ça consiste.

K : Et alors les jeux de rôle, ce serait entre internes ?

Z4 : Oui on pourrait imaginer ça, des internes qui font les patients et un interne qui fait le médecin.

.....

Après non, en fait non, ça n'aurait pas trop de sens de faire ça, parce que tout l'intérêt de l'éducation thérapeutique, c'est de voir les attentes des patients et d'essayer d'y répondre et du coup, je ne pense pas qu'un interne puisse simuler quelque chose comme ça.

Moi j'avais été assez étonné de la séance d'éducation thérapeutique à laquelle j'avais assisté, au final et bien on voyait, certes, un petit peu de chose médicale, mais il y avait aussi beaucoup de choses un peu sur le côté pratico-pratique, comment chacun vit avec sa maladie, comment il doit s'adapter par rapport à ça et comment adapter les traitements à ses contraintes de vie de chacun. Pour moi, le but c'est aussi que la maladie ne prenne pas le pas sur la vie. C'est beau ça !! (Rires)

K: Et alors, on ferait comment pour les jeux de rôle ?

Z4 : Ben idéalement il faudrait des patients qui font de l'éducation thérapeutique pour pouvoir vraiment simuler le plus proche de la réalité possible, mais ça après, ça me semble peut-être un

petit peu compliqué à faire. Ou sinon faire avec des médecins ou des personnels paramédicaux qui ont l'habitude de faire de l'ETP, et qui, du coup, connaissent les attentes du patient et du coup, ben, pourraient jouer le rôle du patient.

Question 2 : Quelles compétences aimerais-tu acquérir au cours d'une telle formation ?

Z4 : Déjà je dirais des compétences au niveau de la communication, je pense qu'il aurait besoin qu'on ait des outils, des outils de communication, pour savoir gérer un groupe, pour savoir comment amener les gens à se livrer, parler, alterner questions ouvertes, savoir relancer. C'est quelque chose de pas évident à maîtriser, on le voit bien la première fois qu'on se retrouve en consultation, d'autant plus que je pense que la communication qu'on fait en séance d'ETP, elle est différente de celle en cabinet. Donc avoir des outils pour gérer un groupe de patients.

K : Et sous quelle forme ?

Z4 : Alors là, j'en ai aucune idée, y a un séminaire communication à la fac, mais il ne sert pas à grand-chose... enfin moi je l'ai fait et au final ça m'a pas servi à grand-chose j'ai l'impression. On a fait deux séances de simulation où il y a deux internes qui jouaient et au final ça apporte pas grand-chose, je trouve.

Moi je préférerais qu'on ait quelque chose un peu à « l'Américaine » avec quelqu'un de vraiment spécialisé en communication qui va nous apprendre un peu des éléments de langage, des manières de nous exprimer et les gestes à faire, les gestes à ne pas faire, pour casser les barrières, amener les patients à se livrer, leur montrer qu'on les comprend.

K: D'autres choses sur les compétences à acquérir ?

Z4 : Là non comme ça, je ne vois pas. Je suis trop nul !!

K : Mais non, tu as dit des choses que je trouve intéressantes.

Question 3 : Quel bénéfice attendez-vous d'une formation à l'ETP ?

Z4 : Ben, déjà de pouvoir en faire, ou au moins de pouvoir en proposer aux patients qui en auraient besoin, et donc avoir une prise en charge plus complète pour nos patients.

Après les bénéfices pour le patient de faire de l'ETP, je pense qu'il y a bien évidemment une meilleure observance au traitement, du coup moins de complications, une meilleure gestion globale de la maladie, une meilleure qualité de vie.

Et ensuite je pense aussi que le patient il doit se sentir mieux compris, de voir qu'on passe du temps à recueillir son ressenti, ça doit être quelque chose qui doit pas laisser indifférent, qui montre qu'on s'intéresse à lui, à son cas particulier, à comment s'adapter à sa vie.

Donc je pense qu'il y a un bien meilleur lien qui s'établit entre le médecin et son patient donc une meilleure relation médecin-patient. Ahah Mot-Clef !! (Rires).

Après il y a sans doute aussi un bénéfice pour toi, déjà ça doit être assez gratifiant de voir que tu arrives à faire passer un message à des patients, même si pour ça il faut y consacrer un certain temps, ça doit permettre également un peu une forme de formation continue de toujours rester à jour parce que les patients doivent te pousser à ça. Il y a certains patients qui connaissent bien leur pathologie et qui, du coup, doivent poser des questions assez pointues et donc ça oblige aussi à bien rester à jour.

Question 4: Que penses-tu d'une formation pluridisciplinaire ?

Z4 : C'est-à-dire avec d'autres spécialités ?

K : Oui, mais aussi avec des paramédicaux.

Z4 : Dac, ben je pense que ce serait une bonne chose, puisque de toute façon, l'éducation thérapeutique ça demande l'intervention d'intervenants pluridisciplinaires (ouh c'est moche ça...) (Rires). Enfin, on va retrouver des intervenants qui viennent de pleins de professions et je pense même qu'il y a des professions qui vont être plus adaptées pour certaines choses que d'autres.

Par exemple, pour tout le côté pratique sur le diabète, les injections notamment, je pense que c'est beaucoup plus adapté que ce soit vu avec une infirmière plutôt qu'avec un médecin, pareil pour les insuffisants cardiaques, il faut absolument qu'ils voient une diététicienne qui sera bien mieux leur expliquer tout ce qui est de l'hygiène de vie, notamment au niveau alimentaire, qu'un médecin.

Même si pour ces deux choses on a des compétences, elles sont quand même bien moins développées que les personnes que je viens d'évoquer. Donc ce serait un premier point, ensuite je dirais aussi que les patients, eux même, ne se comportent pas de la même façon en fonction du professionnel qu'ils ont en face d'eux, je pense qu'un patient ne dit pas la même chose à son infirmier qu'à son médecin. Que l'infirmier, il ne touche pas aux mêmes choses que le médecin et donc ça peut être intéressant de partager les expériences de chacun. Je pense qu'il peut vraiment y avoir une complémentarité qui peut s'établir.

K : Bien, d'autres choses ?

Z4 : Non je crois que j'ai tout dit ! Ah si, je voulais parler à un moment donné et puis j'ai un peu zappé, il y a la notion de patient expert et ça c'est quelque chose que je trouve assez intéressant. Donc je pense que ce serait vraiment bien à un moment donné de la formation de travailler avec des patients experts, du moins d'avoir un témoignage d'un patient, pour qu'il nous explique ses attentes vis-à-vis de l'éducation thérapeutique.

K : Merci de ta participation

FIN

Entretien individuel Z5

Question 1 : Comment aimerais-tu être formé à l'ETP ?

Z5 : Alors moi, je verrais bien une formation vraiment pratico-pratique, pas besoin de faire des choses théoriques qui serviraient, à mon avis, à pas grand-chose, donc plutôt se concentrer sur la pratique et pour ça, ce qui serait bien, ce serait de faire des jeux de rôle. C'est axé sur Grenoble là plutôt tes questions ?

K : Plutôt.

Z5 : Parce que du coup moi, à titre personnel, vu que je suis toujours un peu loin de Grenoble, ce serait bien si la formation pouvait être délocalisée dans les grandes villes, comme Annecy, par exemple, pour pas devoir, à chaque fois, aller faire le voyage jusqu'à Grenoble.

K : C'est noté ! C'est quelque chose qu'on nous avait encore jamais proposé, merci. Et du coup tu verrais qui dans les jeux de rôle ?

Z5 : Par les internes ou alors faire aussi participer l'organisateur de la séance. Que ce soit lui qui joue le patient, surtout si c'est un médecin qui fait de l'éducation thérapeutique, ça serait plus réaliste.

.....

K : Aller voir des séances d'éducation thérapeutique ?

Z5 : Oui, tout à fait, ça peut être une bonne idée !

....

K : D'autres idées ?

Z5 : Hum non. Après je ne sais pas si je peux le dire, mais ce qui serait, pour moi, pas une bonne idée c'est de faire une formation sous forme de cours théoriques purs et durs sur diapo, parce que pour moi je trouverais aucun intérêt.

K : Pourquoi ?

Z5 : Parce que c'est le genre de chose qui est pratico-pratique et je suis pas sûr qu'il y ait des outils théoriques, enfin qu'on puisse pas bien retenir pour après le mettre en pratique, si on voit que des choses théoriques pendant deux ou trois heures. C'est vraiment des choses à voir et à mettre en pratique.

K : Et démarrer une formation plus tôt ? Qu'on est quelque chose, par exemple, pendant l'externat ?

Z5 : Ben, euh...je suis un peu sans avis parce que dans un sens, ça me choquerait pas, mais on a déjà tellement de choses pendant l'externat, que voilà, c'est pas franchement l'urgence pendant l'externat.

Question 2 : Quelles compétences aimerais-tu acquérir au cours d'une telle formation ?

Z5 : Pendant la formation à l'ETP ?

K : Oui.

Z5 : Alors des compétences en communication, des compétences sur la pathologie pour laquelle on fait l'ETP. Mais après, je sais pas si ça marche trop pour ton truc, parce que là je pense que ta formation c'est quelque chose de plutôt générale. Mais par exemple, si c'est axé sur une pathologie, d'avoir un petit point, avec des rappels sur cette pathologie, pour pas dire des bêtises au patient. Des aides pour avoir un vocabulaire qui soit utile et accessible au patient.

....

K : Et comment apprendre cette communication ?

Z5 : Bien je sais pas, avec des outils...

K: Une clé à molette par exemple ? (Rires)

Z5 : Par exemple, oui !! (Rires)

Euh oui, non mais, par exemple comme outil de communication, le fait d'avoir un vocabulaire adapté, d'avoir des phrases un peu toutes faites pour se débrouiller de certaines situations ou alors d'avoir des supports pour accrocher les patients. Que ce soient des diapos ou des plaquettes ou des tableaux où on écrit dessus. D'avoir un petit peu des moyens de les attirer et puis qu'ils comprennent et qu'ils retiennent ce qu'on leur explique.

K : Donc des supports, ce serait des supports tous faits ou alors, après, être soi-même capable d'en faire ?

Z5 : Les deux mon capitaine ! Je pense que l'ARS doit avoir des plaquettes sur des pathologies courantes, des choses assez poussées mais assez standardisées. Les associations de patients, je pense qu'ils ont aussi bien ça, en plus bien axé avec un bon vocabulaire adapté pour les patients. Oui et aussi, quelque chose d'important c'est que les supports, ils ne soient

pas faits par des labos, c'est important que soit tu le fais toi-même avec tes propres recherches en vérifiant sa validité scientifique, soit c'est quelque chose que tu trouves, toujours dans une structure qui est objective, j'ai envie de dire, comme l'ARS, comme la HAS ou comme des associations de patients.

Et ça peut être pas mal aussi, ça me renvoie sur la première question, d'avoir des contacts, intervenir pour nous expliquer un peu des choses.

K : Et à part la communication, y a d'autres compétences ?

Z5: Ben, je vois pas trop quoi d'autre. Qu'est-ce qu'il faut comme compétence pour faire de l'éducation thérapeutique à part être bon en communication et avoir des connaissances sur la pathologie ? Je sais pas, j'ai pas d'autres idées, je suis désolé.

K : Pas de souci, pas de souci, alors du coup les connaissances pratiques, tu les acquières comment ?

Z5 : Bien, j'irai me renseigner avant sur internet, sur des supports officiels, sur les collègues de spécialistes, pour être bien calé sur la pathologie et pouvoir répondre aux patients. Puis axer ensuite ma formation continue, qu'on fait sous forme de congrès, de groupe de paires, sur la pathologie en question pour rester à jour.

Question 3 : Quel bénéfice pensez-vous tirer de la pratique de l'ETP ?

Z5 : Alors, je vais commencer par parler des patients, parce que je pense, enfin je sais pas, parce que j'ai pas fait de biblio là-dessus et que je ne me suis pas documenté sur l'ETP, mais j'ai envie de penser que, au moins sur le court terme, ça leur permet d'être mieux informé sur leur maladie, que ça les rend plus observant, au moins sur le court terme et donc plus impliqués dans leur maladie, de savoir pourquoi ils prennent leurs médicaments, pourquoi ils doivent suivre les règles hygiéno-diététiques, pourquoi ils font tous ces examens complémentaires, en fait de comprendre les choses.

Et ensuite par rapport à la relation médecin-patient pour eux, le fait que l'on prenne le temps de parler de leur maladie, de voir ce dont ils ont besoin et d'adapter la prise en charge de la maladie en fonction de leur vie.

Et puis à nous, ça nous permet aussi de voir une autre facette, de sortir un peu des consultations. Ça permet aussi de renforcer les connaissances sur la pathologie, parce qu'on est obligé de bosser un peu plus pour préparer ça, parce qu'on risque d'être confronté à des questions assez pointues par ses patients.

Question 4: Que penses-tu d'une formation pluridisciplinaire ?

Z5 : Avec des spécialistes par exemple ?

K : Oui, des spécialistes ou bien des paramédicaux...

Z5 : Ben, moi je trouve ça super, je trouve que c'est une très bonne idée et même, tu vois, avec des associations de patients qui peuvent nous expliquer le côté patient, parce que on est toujours un peu entre professionnels donc ça peut être bien d'avoir un membre ou un responsable d'une association de patients pour avoir leurs ressentis à eux, pour voir comment ils voient les choses. Voilà, peut-être que parfois on est un peu trop paternaliste !

Ouais, avoir plusieurs spécialités médicales, des paramédicaux et des associations de patients, ce serait une bonne chose.

K : Donc l'intervention des patients plutôt sous une forme de témoignages en fait, pour donner leurs attentes ?

Z5 : Ouais !!!

....

K : Et le fait qu'il y ait des paramédicaux tels que les infirmiers, ça apporterait des choses par exemple ?

Z5 : Ben oui, par exemple, pour le diabète, pour la gestion des injections, tout ça c'est plus leur rôle de gérer ça que le nôtre. Je pense aussi qu'ils ont une vision du malade qui est différente de la nôtre. Donc je pense que ça peut apporter des choses, c'est complémentaire je dirais.

T'as vu j'ai fait une réponse pour le prolétariat !

...

K : Parce que les infirmiers, c'est le prolétariat ?

Z5 : Ben oui, tout ce qui n'est pas médecin, c'est le prolétariat ...(Rires)

K : Qu'est-ce que tu penses d'une prise en charge d'un patient qui a une maladie chronique pour lequel on ne proposerait pas d'ETP ?

Z5 : Ben, c'est ce qu'on fait actuellement. Enfin c'est le cas de la plupart des gens. Donc je pense que l'on fait ce qu'on peut avec les moyens qu'on a et les compétences que l'on a. Encore une fois, l'ETP, j'ai pas fait de biblio dessus, mais je suis un peu près sûr que ça a un effet sur le court terme, mais pas forcément sur le long terme, en tout cas si on fait pas des rappels très fréquents. Donc voilà, encore une fois je ne suis pas documenté, mais à titre personnel, je ne pense pas que ça change la face du monde pour les patients, cette ETP.

K : C'est ton droit ! D'autres choses à ajouter ?

Z5 : Non j'ai tout dit ! Bon courage à toi !

K : Merci, et merci de ta participation.

FIN