




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
 www.em-consulte.com



Éditorial

## L'éducation thérapeutique en question

### *About therapeutic education*

A. Grimaldi

Service de diabétologie, CHU Pitié-Salpêtrière, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13, France

#### INFO ARTICLE

Historique de l'article :  
 Disponible sur Internet le 14 mai 2010

Mots clés :  
 Éducation thérapeutique  
 Critiques

Keywords:  
 Therapeutic education  
 Criticism

L'entrée dans la loi Hôpital patients santé territoires (HPST) de l'éducation thérapeutique, ne peut que réjouir les pionniers. En même temps, cette consécration ne manque pas de les inquiéter, d'abord parce que le financement n'en est pas assuré, ensuite parce que les nouveaux convertis semblent prêts à qualifier d'éducation thérapeutique tout ce qui ne relève pas directement de la médecine prescriptive : information du patient, conseil ou aide à la décision par téléphone ou Internet, simple apprentissage technique, accompagnement psychosocial ou psychologique, aide à l'observance grâce à un pilulier ou un carnet. . . . Tout devient éducation thérapeutique. En réalité, l'éducation thérapeutique, la bien nommée, suppose un préalable et comporte deux éléments indissociables. Le préalable est d'ordre thérapeutique. Il ne peut pas y avoir d'éducation thérapeutique si la thérapeutique elle-même est erronée ou inadaptée au patient. La première compétence de l'équipe d'éducation est donc biomédicale et thérapeutique à la fois théorique et pratique. Cette compétence, fruit de la connaissance mais aussi de l'expérience, doit en permanence être actualisée. Une fois ce préalable assuré, l'éducation thérapeutique comporte deux éléments indissociables : c'est d'abord une transmission de savoirs et de savoir-faire, et ensuite une aide aux changements de comportement. La deuxième compétence de l'équipe d'éducation est donc d'ordre pédagogique. Pour que les patients apprennent, il ne s'agit pas principalement de dire ou de montrer, puis de répéter, mais de partir des connaissances, des croyances, des expériences, des représentations des patients pour les amener à acquérir d'authentiques compétences personnalisées (savoir faire, savoir

mesurer, savoir analyser, savoir décider, savoir évaluer, savoir rechercher de l'aide. . . ). L'éducation en groupe n'a pas pour fonction de permettre un face-à-face entre maître et élèves, mais de favoriser une dialectique entre les apprenants où chacun se confronte aux autres pour évaluer ses savoirs et en acquérir de nouveaux. L'enseignant n'est alors, pour l'essentiel, qu'un animateur avant d'être un référent. Cependant, de nombreux patients « éduqués » savent ce qu'il faut faire, savent le faire, et pourtant ne le font pas. C'est que le changement de comportement est certes déterminé par la raison, mais à une condition : que le rapport bénéfice émotionnel/coût émotionnel, plaisir/déplaisir, soit positif ou du moins neutre. Or la personne atteinte de maladie chronique doit affronter et tenter de surmonter deux épreuves anxiogènes : d'une part, le travail d'acceptation de la maladie ou travail de deuil au risque d'une dépression, d'autre part, la modification du regard des autres au risque d'une altération de l'image de soi. La troisième compétence de l'équipe d'éducation est donc d'ordre psychologique et sociale. Il s'agit d'aider le patient à donner un sens à sa maladie dans l'histoire de sa vie, à intégrer les projets de soins à ses projets de vie et finalement à trouver le meilleur compromis entre ce qui serait souhaitable et ce qui est possible. Ce faisant en observant lui-même son propre fonctionnement cognitif et psychologique, le malade accède à la métacognition utile pour négocier un contrat avec lui-même et transformer l'observance en « auto-observance ».

Finalement, l'éducation thérapeutique s'est développée en opposant « l'alliance thérapeutique » à deux modes de relation médecin/malade : d'une part, l'infantilisation, d'autre part, l'objectivation. Néanmoins, les soignants engagés dans l'éducation thérapeutique ne sont pas à l'abri de tentations qui comportent des formes insidieuses de manipulation du soigné

Adresse e-mail : [andre.grimaldi@psl.aphp.fr](mailto:andre.grimaldi@psl.aphp.fr).

par le soignant. À notre sens, ces tentations sont de trois ordres : le « pédagogisme » qui réduit les difficultés du patient à un simple problème d'éducation et de définition d'objectifs, le « psychologisme » qui relève moins de nos jours des abus d'interprétation psychosomatiques que des abus d'étiquetage de personnalités, et le « relativisme » qui oublie le caractère asymétrique de la relation médecin/malade pour la transformer en une simple rencontre entre « deux experts », l'un scientifique et l'autre profane, ayant chacun « leur vérité » et censés « grâce à un discours croisé, construire une nouvelle vérité ».

En conclusion, l'éducation thérapeutique est et doit rester thérapeutique, c'est-à-dire intégrée aux soins. Elle ne se conçoit pas comme une activité indépendante de la prescription thérapeutique, mais cette prescription doit être le résultat d'un partenariat entre le médecin et le patient, transformant la question de l'observance en problème « d'auto-observance ».

#### **Conflit d'intérêt**

L'auteur ne signale pas de conflit d'intérêt avec le contenu de cet éditorial.