

H. Mosnier-Pudar<sup>1</sup>, G. Hochberg-Parer<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Services des maladies endocriniennes et métaboliques, Hôpital Cochin, AP-HP, Paris.

<sup>2</sup> Service de diabétologie, Centre hospitalier Sud Francilien, Corbeil-Essonnes.

**Aujourd'hui tout le monde s'accorde pour reconnaître l'utilité et l'importance de l'éducation thérapeutique. Malgré cela des questions restent encore sans réponse. Celle de la supériorité d'une méthode éducative, individuelle ou en groupe, sur une autre, en est une. Nous montrons ici que chacune a ses avantages et inconvénients. Pour nous, ces deux méthodes sont complémentaires. Le choix de l'une ou l'autre va dépendre de nombreux paramètres dont les plus importants sont le moment où se situe le patient par rapport à sa maladie, ses besoins et ses attentes, les messages à transmettre, mais aussi les disponibilités de telle ou telle méthode d'éducation dans l'offre de soins et les compétences du soignant. Dans tous les cas, l'éducation thérapeutique doit être intégrée aux soins, planifiée et réalisée lors de temps dédié par des soignants formés.**

#### Correspondance :

**Helen Mosnier-Pudar**

Services des maladies endocriniennes et métaboliques  
Hôpital Cochin - AP-HP  
27, rue du Faubourg-Saint-Jacques  
75679 Paris cedex 14  
helen.mosnier-pudar@cch.aphp.fr

© 2008 - Elsevier Masson SAS - Tous droits réservés.

## Éducation thérapeutique, de groupe ou en individuel : que choisir ?

L'éducation thérapeutique est définie comme une éducation qui aide le patient (ou un groupe de patients et leur famille) à prendre en charge ses traitements et à prévenir (ou retarder) la survenue de complications évitables, tout en maintenant, voire en améliorant sa qualité de vie [1]. Elle est aujourd'hui reconnue comme indispensable dans la prise en charge des patients atteints de maladie chronique. En effet, la présence d'une maladie chronique comme le diabète implique un traitement et un suivi à vie, d'où la nécessité de phénomènes adaptatifs importants pour lesquels la simple prescription médicale ne suffit pas. C'est en cela que l'éducation thérapeutique (ET) et le soutien psychosocial sont indispensables. Ils sont nécessaires à la motivation et à l'acquisition par le patient de connaissances et de compétences lui permettant de développer et mettre en place des attitudes appropriées pour faire face à la maladie.

Deux approches existent pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique : l'individuelle ou le groupe. Chacune d'entre elles présente des avantages et des inconvénients. La question posée ici est : y a-t-il une approche supérieure à l'autre pour le patient d'une part et pour le soignant d'autre part ?

Nous n'aborderons pas ici l'efficacité de l'ET, celle-ci sera considérée comme acquise. Notre débat portera sur la comparaison de l'ET en individuel ou en groupe : similitudes et différences, avantages et inconvénients, afin de trouver d'éventuels arguments

pour démontrer ou non l'éventualité de la supériorité d'une méthode par rapport à l'autre.

### Remarques préliminaires

Pour pouvoir affirmer qu'une méthode est supérieure à une autre en ET, des critères variés peuvent être utilisés. De plus, l'impact qu'un programme d'ET peut avoir en terme d'efficacité fait intervenir une multitude de paramètres concernant aussi bien le contenu que le processus, et le choix d'une approche individuelle ou en groupe n'est qu'un composant parmi d'autres. Pour pouvoir affirmer la supériorité d'une approche sur l'autre, une accumulation de données allant toutes dans le même sens semble nécessaire. Ainsi, la mise en évidence pour un programme donné de la supériorité d'une méthode sur une autre doit être prise en considération avec précaution, cette différence pouvant être due, par exemple, juste à la mise en application de ce programme quelle que soit l'approche.

Un problème supplémentaire dans cette comparaison est le faible nombre d'études comparant directement l'ET en individuel et en groupe. Le plus souvent sont comparées une prise en charge avec ET et la prise en charge habituelle. De nombreuses études et des méta-analyses confirment l'efficacité et la nécessité de développer des programmes d'ET dans la prise en charge de toutes les maladies chroniques et en particulier dans le diabète [2, 3]. Le plus souvent, les interventions éducatives étudiées sont en groupe

et cette approche est aujourd'hui en plein essor. En effet, l'éducation de groupe est une alternative économiquement intéressante au regard du coût de l'éducation individuelle. Pour cela, elle intéresse les organismes payeurs, mais, elle est aussi considérée par certains comme la méthode de choix et alors proposée comme intervention de première ligne, en particulier pour le diabète [4].

### Éducation thérapeutique en individuel : définitions, avantages, inconvénients

Les premières interventions éducatives décrites le sont en situation de face à face. C'est à l'occasion de consultations de suivi que les soignants, en particulier les médecins, confrontés aux questions de leur patient, commencent à transmettre des informations et des connaissances cognitives. C'est Leona Miller [5] qui démontre la première l'intérêt d'une ET en individuel. Dans les années 1970, confrontée à des hospitalisations répétées de nombreux diabétiques de la région de Los Angeles (États-Unis), principalement liées à des complications métaboliques aiguës, elle décida dans un premier temps de renforcer en qualité et en nombre son équipe soignante, sans pour autant parvenir à modifier la fréquence ni la durée des séjours hospitaliers des malades. C'est alors qu'elle entreprit de mettre en place une équipe éducative visant à enseigner aux malades les bases du traitement afin de prévenir ces accidents métaboliques. Grâce à cette transmission d'information, elle améliore l'état de santé des patients et réduit spectaculairement le coût lié au diabète du fait d'une diminution spectaculaire du nombre d'hospitalisations. Depuis ces premières études, la notion d'ET a évolué, elle est aujourd'hui clairement différenciée du soin, de l'information et de l'enseignement (*tableau I*). Plus encore que dans la formation de groupe, il est important en individuel d'avoir une intention claire d'éducation thérapeutique et ne pas confondre celle-ci avec de l'information. En effet, le malade a surtout besoin d'apprendre à gérer son traitement en fonction des différentes situations auxquelles il va se

trouver confronté, les informations seules sur la maladie, bien qu'importantes, ne garantissent pas que le patient a appris à prendre en charge sa maladie, à se traiter et qu'il va suivre son traitement. Les temps dédiés aux soins, concernant plus particulièrement la dimension bio-clinique, et à l'éducation, doivent être clairement identifiés avec des intentions bien distinctes et énoncées. Afin de respecter ces différentes dimensions, il est important au cours du suivi du patient atteint de maladie chronique de développer des activités structurées qui répondent à chacune. Assal *et al.* [6] proposent dans cette optique une réorganisation des visites médicales qui organisent des temps avec des objectifs différents permettant d'aborder tous ces aspects : la bio-clinique, l'éducation et l'organisation des soins.

Les séances d'ET en individuel se caractérisent par un face à face avec un seul patient, et éventuellement des membres de son entourage. Le thème et les objectifs sont clairement définis et doivent être en accord avec le projet du patient et les compétences à acquérir. La durée moyenne est de 30 à 45 minutes [7]. Comme nous le verrons plus loin pour le groupe, l'approche individuelle en éducation du patient a des avantages et des inconvénients (*tableau II*).

Le principal avantage de cette approche est l'individualisation de l'intervention [8]. Elle développe une relation proche avec le patient, permettant d'aborder ses problèmes particuliers, de cerner

ses besoins et ses attentes spécifiques. Dans cette situation, le soignant est plus apte à concentrer son attention sur le patient face à lui, à le soutenir, à identifier et à répondre plus facilement à ses problèmes ou besoins.

Souvent les soignants habitués au contact singulier avec le patient se sentent plus à l'aise dans cette situation. La relation est privilégiée, le contact meilleur et l'adaptation au rythme du patient s'en trouve facilitée.

L'approche individuelle a aussi comme avantage de ne pas dépendre de la volonté d'un patient à participer à une ET en groupe. Au-delà du refus de s'inscrire dans une démarche interactive au sein d'un groupe, il s'agit aussi de ne pas vouloir être identifié de façon publique comme une personne présentant un problème de santé, ou de ne pas vouloir délivrer à d'autres des informations très personnelles ou justifier des choix, comme par exemple un asthmatique qui décide de ne pas arrêter de fumer.

Dans certaines circonstances, les séances individuelles seront plus particulièrement choisies car elles peuvent faciliter l'accès à l'ET de patients ayant une dépendance physique, sensorielle ou cognitive ou des difficultés à se retrouver en groupe [7].

Face à ces avantages, les inconvénients les plus évidents sont le coût et le temps du soignant qui sont élevés dans cette approche. Pour le soignant, par ailleurs, la lassitude de la répétition des mêmes messages et l'absence de structuration

Tableau I : Définitions.

Définitions	
Information	Élément de connaissance pouvant être représenté physiquement de différentes manières qui a pour but la conservation, l'analyse ou la communication.
Enseignement	Système d'actions mis en place dans le cadre d'un apprentissage.
Apprentissage	Processus actif centré sur un objectif qui transforme des connaissances en valeurs permettant l'installation d'un nouveau comportement.
Éducation	Association de plusieurs expériences d'apprentissage.
Instruction	Représente les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à accéder, comprendre et utiliser l'information de façon à promouvoir ou maintenir une bonne santé.

de l'enseignement, peuvent peser. Pour le patient, il manque la dynamique de groupe, la confrontation avec les autres patients. Dans la relation à deux, le risque d'emprise du soignant sur le patient n'est pas non plus à négliger.

Y compris dans cette démarche individuelle d'ET, la formation des soignants intervenant reste primordiale. Comme pour toute action en éducation, différentes connaissances et savoir faire doivent absolument être maîtrisés par les soignants, tels que les croyances de santé, les valeurs attribuées par le patient à sa maladie et à son traitement, le degré d'acceptation de la maladie...

Enfin l'individualisation n'est pas toujours assurée par l'approche en colloque singulier et, l'ET en petit groupe permet tout aussi bien de l'assurer, grâce à des méthodes pédagogiques et d'animation de groupe qui prennent en compte les besoins individuels [8].

## Éducation thérapeutique en groupe : définitions, avantages, inconvénients

Les groupes font partie du processus naturel de vie, au même titre par exemple que respirer, et dans le domaine de la médecine le groupe existe depuis fort longtemps. Dans la Grèce antique, les relations tissées au sein d'un groupe

sont déjà décrites comme servant à des fins thérapeutiques. Au début du XX<sup>e</sup> siècle, le Dr J. Pratt organise pour ses patients atteints de tuberculose des groupes hebdomadaires de discussion. Il constate que ces réunions apportent soutien mutuel, diminuent l'isolement des patients et améliorent les symptômes de dépression. Aujourd'hui l'intervention groupale, en particulier en ET, est développée car elle répond à la demande de prise en charge d'un nombre croissant de patients et à des contraintes financières de plus en plus fortes [9].

### Définition du groupe

Un groupe peut être défini comme un rassemblement ou un ensemble de personnes qui ont un intérêt commun, par exemple l'auto-prise en charge du diabète.

Les participants sont les patients atteints de maladie chronique, mais aussi leurs proches (entourage au sens large : famille, amis, collègue de travail, personne considérée comme soutien...).

La taille du groupe peut être très variable, de deux à 20 personnes. Certaines interventions à type d'exposé pédagogique peuvent même réunir un nombre plus grand de participants. La taille du groupe ne va pas dépendre uniquement de la méthode pédagogique employée, mais aussi du contenu des messages éducatifs, de la population à qui elle s'adresse,

de l'expérience et des préférences de l'éducateur, ainsi que de l'organisme payeur. Des groupes trop petits, moins de quatre personnes, ne permettent pas de développer une interaction suffisante et favorisent un travail en individuel avec chaque participant plutôt qu'un véritable échange d'expériences. Aujourd'hui, la plupart des équipes semblent s'accorder sur des groupes de dimensions modérées (huit à dix personnes). En effet, les bénéfices de l'interaction entre les participants est alors optimale, et permet, dans un même temps au patient de valider ses propres expériences et de répondre à ses besoins [8].

Chaque groupe a un objectif spécifique et répond à un besoin bien précis. Avoir un groupe homogène permet d'avoir une meilleure adéquation entre l'objectif de l'intervention et les besoins des participants. On augmente ainsi les chances de succès. Il est donc important de sélectionner les patients pour lesquels on pense que l'ET en groupe peut être bénéfique et surtout, de les faire participer dans un groupe qui va répondre à leurs demandes et besoins. Pour optimiser l'efficacité de l'ET en groupe, les sessions doivent pouvoir répondre aux préoccupations communes des participants. Ainsi dans le diabète, il est important de distinguer les groupes de patients diabétiques de type 1 et de type 2, car les besoins, habitudes de vie, implication

**Tableau II : Avantages et inconvénients de l'éducation en individuel et en groupe.** [D'après Anne Lacroix, 11].

Éducation Thérapeutique	Individuel	Groupe
<b>Avantages</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personnalisation</li> <li>Permet d'aborder le vécu du patient</li> <li>Meilleure connaissance du patient</li> <li>Possibilité de cerner les besoins spécifiques du patient</li> <li>Respect du rythme du patient</li> <li>Meilleur contact</li> <li>Relation privilégiée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Échanges d'expériences entre patients</li> <li>Confrontations de points de vue</li> <li>Convivialité</li> <li>Rupture du sentiment d'isolement</li> <li>Émulation, interactions</li> <li>Soutien y compris émotionnel</li> <li>Stimulation des apprentissages</li> <li>Apprentissages expérimentiels par « situations problèmes »</li> <li>Gain de temps</li> </ul>
<b>Inconvénients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas de confrontation avec d'autres patients</li> <li>Absence de dynamique de groupe</li> <li>Risque d'enseignement peu structuré</li> <li>Risque d'incompatibilité avec un patient difficile</li> <li>Risque d'emprise du soignant sur le patient</li> <li>Lassitude due à la répétition</li> <li>Prend trop de temps</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enseignement impositif (vertical)</li> <li>Patients trop hétérogènes</li> <li>Difficulté à faire participer les patients</li> <li>Inhibition des patients à s'exprimer</li> <li>Difficulté d'accorder de l'attention à chacun</li> <li>Difficulté à gérer un groupe</li> <li>Horaires fixes des cours</li> </ul>

dans la maladie, comportement, sont différents [10].

Les lieux où les sessions de groupe peuvent avoir lieu, sont eux aussi très variables, allant des structures spécialisées à des lieux communautaires.

La fréquence et la durée des séances varient beaucoup selon les cas : réunions organisées de façon quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle, concentrées sur quelques jours ou espacées de plusieurs mois ou au contraire informelle.

### Le groupe hier et aujourd'hui

(tableau III)

Traditionnellement, dans le modèle initial de l'enseignement aux patients, c'est l'exposé magistral, où l'enseignant donne des informations détaillées sur la maladie, ses conséquences, son suivi et les « devoirs du patient », qui avait la préférence des éducateurs. La fin d'un tel exposé pouvait être suivie de sessions de questions pour donner la parole aux patients. Les informations sur la maladie sont évidemment essentielles pour les patients, mais souvent insuffisantes pour le décider à se prendre en charge efficacement dans sa vie de tous les jours et s'impliquer comme acteur principal de sa maladie.

Aussi, se sont progressivement développés d'autres modèles éducatifs. Aujourd'hui le plus souvent, ces modèles sont centrés sur le patient, ses attentes, ses besoins. L'intervention éducative se développe alors à partir des expériences anciennes, actuelles et à venir du patient. Elle ne fait plus intervenir un enseignant unique qui détient le savoir médical, mais une équipe multidisciplinaire de soignants spécialistes de la maladie et de l'ETP. Le rôle des éducateurs a donc lui aussi évolué. Il va organiser et préparer les sessions de groupe avec les patients et leurs proches, qui vont pou-

voir partager leur savoir, leurs expériences. À l'occasion de ces échanges, les éducateurs vont distiller les informations importantes sur le thème abordé, tout en gérant le groupe pour faciliter l'interaction entre les participants. Ils vont aider chacun à s'exprimer et à développer ses idées, ses réactions face aux différents problèmes et ses solutions, dans un climat de confiance et de respect de tous. L'éducateur accompagne le groupe dans sa démarche de résolution des problèmes décrits par les participants de façon à identifier les possibilités et les solutions qui leur semblent les plus appropriées dans leur contexte de vie. Le contenu de la réunion n'est dans ce modèle plus déterminé strictement à l'avance selon un plan et un déroulé stricts. Le sujet général des discussions est souvent pré choisi pour arriver à progressivement aborder successivement dans le temps des thèmes variés et complémentaires importants pour la prise en charge de la maladie et ses différents aspects.

### Avantages et inconvénients du groupe

On reconnaît aujourd'hui les avantages qu'offrent les situations de groupe qui permettent la stimulation et la confrontation des points de vue. De nombreuses expériences en psychologie sociale portant sur les changements de comportements montrent les bénéfices liés aux petits groupes. Il s'avère qu'il est plus facile pour les individus de modifier leurs opinions et leurs comportements lorsqu'ils participent à un petit groupe plutôt qu'en face à face. Dans la mesure où certains participants manifestent de nouvelles attitudes, cela peut entraîner le ralliement des autres à ce qui est ressenti dès lors comme la norme dont il ne faut pas s'écarter. Il se peut aussi que ces changements soient dus, en partie,

au fait que l'on a essayé de faciliter une décision favorable en diminuant les forces antagonistes intérieures des personnes, plutôt qu'en appliquant des pressions extérieures [11]. Donc pour être efficace, c'est-à-dire permettre à chacun d'effectuer les apprentissages nécessaires, le groupe doit être interactif, mais au-delà de faciliter les échanges, cette interaction doit être planifiée et anticipée. À l'inverse, même un petit groupe peut être un échec complet si l'éducateur se cantonne à faire un simple exposé pédagogique à des participants passifs.

La formation en groupe évite de répéter plusieurs fois les mêmes messages de façon indépendante à chaque patient. Malgré tout, le groupe n'est pas un obstacle à l'approche individuelle des participants. Outre le respect de la parole et l'écoute de chacun, l'éducateur peut favoriser l'utilisation de matériel ou des outils en individuel pour la résolution de problèmes. La réalisation de contrats d'objectifs personnalisés ou l'accompagnement spécifique pour certains permettent aussi de répondre aux besoins de chacun.

D'autres avantages sont aussi à prendre en considération :

- Rupture de l'isolement des participants, ils vont pouvoir se sentir moins seuls, en se rendant compte que d'autres partagent leurs sentiments, leurs peurs et leurs espoirs ;
- Encouragement à chercher un soutien dans leur entourage familial ou social et à communiquer plus efficacement avec les professionnels de santé ;
- Favoriser les échanges et les apprentissages grâce aux expériences et aux solutions des uns et des autres. Ces apprentissages sont aussi bien d'ordre cognitif que comportemental, en abordant de nouvelles approches thérapeutiques ou stratégies de *coping* ;

**Tableau III : Modèles d'éducation thérapeutique utilisés en groupe.** [D'après Carole Mensing et Philip Norris, 12].

	Modèle Traditionnel	Modèle actuel
<b>Forme</b>	Exposé pédagogique	Réunion interactive
<b>Rôle de l'expert</b>	Un enseignant ou professeur	Facilitateur, éducateur
<b>Rôle du patient</b>	Le patient écoute	Le patient participe, est actif, il apprend
<b>Les invités</b>	Famille, personnes proches	Personnes-ressources, accompagnant actif
<b>Interpellation des participants</b>	Information, questionnaire	Participation active, échanges

- Accepter des informations, des conseils ou des critiques constructives provenant des pairs partageant le même problème de santé est parfois plus facile que celles des soignants ;
- Le groupe permet d'exprimer et de travailler sur des émotions fortes, car il est un lieu de soutien émotionnel basé sur un lien commun, la maladie chronique commune.

Stimuler les interactions, organiser les confrontations entre les participants implique une bonne gestion du groupe et de son animation et donc un éducateur formé et expérimenté. Les techniques de communication qui permettent de faciliter les échanges sont notamment les reformulations, les questions en retour ou en relais, ainsi que les synthèses. Le groupe peut aussi connaître des blocages, certains participants prennent trop de place tandis que d'autres demeurent en retrait. Il est important aussi de pouvoir, en particulier lorsque les participants sont confrontés à des situations anxiogènes, nommer ce qui se passe, reconnaître ce qui peut être un blocage pour l'apprentissage. Cette approche ne nécessite pas de formation particulière en psychologie, mais relève du bon sens clinique.

En dehors de l'inconvénient majeur de transformer le groupe en un cours d'école, d'autres désavantages doivent être signalés :

- La confidentialité de ce qui est dit et fait est parfois difficile à obtenir. En aucun cas le soignant ou l'éducateur ne peut garantir le respect de la confidentialité par tous les participants ;
- Le patient dans un groupe, malgré tout, reçoit moins d'attention individuelle que lors d'un colloque singulier ;
- Parfois le groupe peut donner à une personne le sentiment d'être perdue dans la foule et de ne plus être appréciée pour son caractère unique.

Comme cela a déjà été dit, la cause la plus importante d'échec du groupe reste « l'inadéquation entre le patient et le groupe ». Un patient qui n'est pas prêt peut refuser de participer à une ET de groupe, même si les objectifs du programme semblent répondre parfaitement à ses besoins. Des objectifs de séance inadéquats au patient favorisent la non-réussite.

Les soignants et les éducateurs peuvent néanmoins avoir des difficultés à animer un groupe et à en exploiter les ressources. Ceci souligne l'importance de la formation initiale et continue [12]. Il ne s'agit pas de reproduire ce qui est fait en individuel à un groupe de plusieurs personnes. Des compétences pédagogiques, en animation de groupe sont nécessaires. Faire de l'ET en groupe demande de :

- bien connaître et posséder les compétences pédagogiques, ce n'est que grâce à l'expérience que l'éducateur pourra faire face à toutes les situations ;
- maîtriser la thématique abordée et le contenu de l'intervention ;
- être capable de mettre en place des stratégies qui permettent d'apporter et faire acquérir des connaissances, d'engager les participants dans un processus de changement concernant leur propre maladie, d'aider les personnes à reconnaître leurs ressources et leurs freins pour surmonter les obstacles.

Il est donc primordial que l'éducateur prépare son intervention. Les interactions ne peuvent être constructives que si elles sont planifiées et facilitées par l'attitude de l'éducateur. Tout le matériel nécessaire doit être disponible. Les outils et les méthodes pédagogiques doivent être pensés non seulement en fonction de la thématique de l'intervention, mais aussi des besoins des participants, de leur âge et de leur culture. Savoir utiliser des méthodes d'animation adaptées aux participants comme les jeux de rôle, les exercices pratiques, les cas cliniques, les sorties (par exemple au supermarché) est aussi un facteur de réussite. Des connaissances théoriques sont aussi nécessaires sur les techniques et les théories qui sous-tendent l'apprentissage, en particulier chez l'adulte.

Le point crucial est la capacité de l'éducateur à tisser de bonnes relations avec les participants pendant les séances dans un climat de confiance et respect de tous afin d'aider les participants à prendre la décision de changer ou de s'engager dans le processus de changement. Il doit être capable de déterminer les besoins des participants et d'avoir une grande capacité d'adaptation pour répondre aux besoins individuels.

On voit bien ici que l'on ne s'improvise pas éducateur, c'est un véritable métier

et une spécialisation en particulier pour des programmes réalisés en groupe.

### Les études comparant l'éducation de groupe et l'éducation individuelle

Comme nous l'avons déjà signalé peu d'études comparent directement les deux méthodes individuelle et groupale en ET. Dans le cadre du diabète, le constat est le même.

Dans le diabète de type 2, une étude récente montre à six mois une efficacité similaire des deux méthodes [13]. Un programme identique a été délivré en individuel et en groupe, par les mêmes soignants. La seule différence a été un temps supplémentaire au début dans l'ET en groupe, pour permettre la création de la dynamique de groupe et mettre en place le processus d'éducation. À six mois, l'amélioration du taux d'hémoglobine glyquée A1c (HbA1c) était légèrement supérieure dans l'intervention ET en groupe, à la limite de la significativité (différence de 0,8 % entre les deux modalités d'éducation,  $p = 0,05$ ). Les deux types d'intervention ont montré des améliorations dans le domaine du poids corporel, de l'acceptation psychologique, des attitudes vis-à-vis du diabète, de la qualité de vie et des connaissances sur le diabète. Les auteurs concluent que l'ET en individuel ou en groupe, dans les conditions de l'étude, présente une efficacité similaire aussi bien en terme de connaissances que de résultats biocliniques. Ils démontrent que l'ET en groupe, lorsque celui-ci est de taille contrôlée (au maximum huit patients), permet de répondre aux besoins individuels des participants. Les avantages principaux du groupe sont de répondre aux besoins grandissant dans le diabète de type 2, et à un moindre coût.

Une intervention éducative en groupe lors de la mise en route de l'insuline s'accompagne d'un degré de satisfaction supérieure chez les patients en comparaison à une intervention individuelle, avec un contrôle glycémique similaire à un an pour les deux méthodes [14].

Dans une étude plus ancienne [15], Campbell *et al.*, ont comparé une intervention éducative minimale en groupe,

un programme individuel, une intervention plus importante en groupe et un programme comportemental individuel. Il montre une amélioration du taux d'HbA1c et de l'indice de masse corporelle (IMC), sans différence entre les groupes. Ainsi, ils concluent à une efficacité similaire des différentes modalités d'éducation dans l'aide apportée à l'auto-prise en charge du diabète par les patients.

Dans leur méta-analyse, Norris *et al.* [16] ont comparé l'éducation en groupe à l'éducation individuelle. Ils concluent à une supériorité de l'éducation en groupe sur l'éducation individuelle pour les interventions sur le mode de vie (alimentation et exercice physique). L'acquisition de savoir faire dans le traitement du diabète était aussi bonne dans les deux cas. Plus récemment, les mêmes auteurs [17] ne démontrent pas de différence significative sur le contrôle glycémique entre l'éducation en groupe et individuelle.

Comme en diabétologie, le plus souvent les études comparent l'éducation en groupe à la prise en charge individuelle et non à une intervention éducative faite face à face [revue *in* 12]. La majorité de ces études, par exemple dans l'insuffisance cardiaque [18] et dans les maladies rhumatismales inflammatoires [19] montre que l'intervention en groupe réalisée par des soignants ou des pairs permet, à 12 mois, de diminuer l'impact de la maladie sur la vie quotidienne avec une augmentation du sentiment d'auto-efficacité et de contrôle de la maladie.

**En résumé**, les deux types d'intervention éducative font leur preuve et ont leur utilité. En ce qui concerne l'éducation de groupe, elle aurait pour certains une efficacité supérieure dans les changements de comportement, notamment pour améliorer l'hygiène de vie (diététique,

activité physique), essentielle dans la prise en charge de nombreuses maladies chroniques et notamment le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'asthme... D'autres ont démontré également l'efficacité de ces deux types d'intervention mais aussi leur complémentarité dans le temps dans la prise en charge d'une maladie chronique. Ainsi, chez 1 369 diabétiques de type 1 et de type 2 insulinotraités, une prise en charge éducative de groupe après une prise en charge initiale individuelle s'accompagne d'une amélioration de l'équilibre glycémique comparée à des patients qui n'ont pas eu de renforcement éducatif en groupe (diminution à six mois du taux d'HbA1c de 0,48 % à 0,8 % selon le type de diabète,  $p = 0,0005$ ) [20]. Ceci laisse à penser que les deux types d'intervention sont complémentaires et peuvent se succéder dans le temps pour augmenter le bénéfice sur l'état de santé.

### Individuel ou groupe ?

Lorsque la question est posée à des soignants sur leur préférence à former des patients en groupe ou en individuel, les infirmières et diététiciennes se prononcent généralement en faveur d'un enseignement individuel. Ce choix témoigne de leur préférence pour la relation personnelle, estimant que le principal avantage est de pouvoir s'adapter au profil du patient [12]. De leur côté, les médecins en pratique privée, ont obligatoirement à faire face à des patients en colloque singulier. Ainsi pour une grande proportion de soignants, et pour des raisons diverses, l'intervention éducative individuelle semble le choix le plus naturel, et si la formation en groupe est aujourd'hui lar-

gement pratiquée, c'est avant tout pour des raisons de faisabilité liées à des problèmes de disponibilité et de temps. D'un autre côté, pour les autorités de santé le groupe semble avoir la préférence, principalement pour des raisons de coût.

Il faut se méfier d'opposer l'éducation thérapeutique en individuel ou l'éducation en groupe. Ainsi dans certaines situations, l'ET en individuel permet une meilleure adaptation à la réalité de la vie du patient et à son rythme [7]. Dans d'autres situations, l'intervention du groupe va aider le participant à prendre des décisions et à adopter des changements.

En fait, l'apprentissage du patient atteint de maladie chronique nécessite de faire appel à de nombreuses techniques et supports pédagogiques. L'une d'entre elles est basée sur l'alternance de séances individuelles et collectives avec en complément des entretiens à distance. Les séances individuelles permettent d'initier l'éducation, de faire des bilans, de conserver la singularité de la prise en charge. Les séances collectives favorisent les échanges entre pairs dont on connaît l'importance pour les processus d'appropriation des compétences et leur perception d'utilité [21].

### Références

[1] Organisation mondiale de la santé (OMS), bureau régional pour l'Europe, Copenhague. Éducation thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS, 11-14 juin 1997. Genève: OMS éditeur, 1998.

[2] Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD003417.

[3] Mühlhauser I, Berger M. Patient education – evaluation of a complex intervention. *Diabetologia* 2002;45:1723-33.

[4] Tibbs TL, Haire-Joshu D. Avoiding high-risk behaviors: smoking prevention and cessation. *Diabetes Spectrum* 2002;15:164-9.

[5] Miller LV, Goldstein J. More efficient care of diabetic patients in a county-hospital setting. *N Engl J Med* 1972;286:1388-91.

[6] Assal JP, Golay A. Le suivi à long terme des patients chroniques : les nouvelles dimensions du temps thérapeutique. *Med Hyg* 2001;59:1446-50.

[7] Haute Autorité de Santé (HAS). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques.

### Les points essentiels

- Avantages et inconvénients respectifs de l'éducation thérapeutique individuelle ou de groupe : se reporter au *tableau II*.
- Importance de l'intégration de l'éducation thérapeutique dans l'ensemble du processus de soins.
- L'éducation thérapeutique, quelle qu'en soient les modalités, doit être planifiée et réalisée lors de temps spécialement dédiés par des soignants et éducateurs formés.
- Importance de la formation initiale et continue des soignants et des éducateurs aux techniques d'éducation thérapeutique.

Guide méthodologique. juin 2007. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

- [8] Wilson SR. Individual versus group education: is one better? *Patient Educ Couns* 1997;32(Suppl.1):S67-75.
- [9] Zrebiec J. Tips for running a successful group. *Diabetes Spectrum* 2003;16:108-11.
- [10] Smaldone A, Ganda OP, McMurrich S, et al. Should group education classes be separated by type of diabetes? *Diabetes Care* 2006;29:1656-8.
- [11] Lacroix A. Pédagogie de groupe ou individuelle. *Diabète Education* 2007;17(numéro spécial):6-8.
- [12] Mensing CR, Norris SL. Group education in diabetes: effectiveness and implementation. *Diabetes Spectrum* 2003;16:96-103.
- [13] Rickheim PL, Weaver TW, Flader JL, Kendall DM. Assessment of group versus individual diabetes education. *Diabetes Care* 2002;25:269-74.

- [14] Erskine P, Daly H, Idris I, Scott AR. Patient preference and metabolic outcomes after starting insulin in groups compared with one-to-one specialist nurse teaching. *Diabetes* 2002;51(Suppl 2):77A [Abstract].
- [15] Campbell EM, Redman S, Moffitt PS, Sanson-Fisher RW. The relative effectiveness of educational and behavioral instruction programs for patients with NIDDM: a randomized trial. *Diabetes Educ* 1996;22:379-86.
- [16] Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2001;24:561-87.
- [17] Norris SL, Lau J, Smith SJ, et al. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care* 2002;25:1159-71.

- [18] Clark NM, Janz NK, Becker MH, et al. Impact of self-management education on the functional health status of older adults with heart disease. *Gerontologist* 1992;32:438-43.
- [19] Lorig KR, Laurent DD, Deyo RA, et al. Can a Back Pain E-mail Discussion Group improve health status and lower health care costs? a randomized study. *Arch Intern Med* 2002;162:792-6.
- [20] Koev DJ, Tankova TI, Kozlovski PG. Effect of structured group education on glycemic control and hypoglycemia in insulin-treated patients. *Diabetes Care* 2003;26:251.
- [21] Grenier B, Bourdillon F, Gagnayre R. Le développement de l'éducation thérapeutique en France : propositions pour une intégration durable dans le système de soins. *Santé Publique* 2007;19:293-301.