L'éducation thérapeutique pour les patients souffrant de troubles psychiatriques en France: psychoéducation ou éducation thérapeutique du patient ?

Education care in patients with psychiatric disorders in France: psychoeducation or therapeutic patient education ?

J.-P. Lang^{a*}, N. Jurado^b, C. Herdt^c, F. Sauvanaud^a, L. Lalanne^d

^a *Pôle de psychiatrie, santé mentale et d'addictologie, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France*

^b *Université de Strasbourg, Strasbourg, France*

^c *Directrice de la Plate-Forme ETP Alsace, Strasbourg, France*

^d *Inserm 1114, Clinique psychiatrique, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France*

Auteur correspondant

Adresse e-mail : jean-philippe.lang@chru-strasbourg.fr (J.-P. Lang)

Les auteurs n'ont bénéficié d'aucun financement et ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Abstract

Context Psychoeducation and therapeutic patient education can be effectively included in treatments for patients with psychiatric disorders. These two effective educational therapies have the common purpose of improving disorder-related morbidity, compliance with treatment and patients' quality of life. While they have different methods of application, both teach patients to play an active role in their own care. However, it is still critical to combine them for care of patients with psychiatric and addiction disorders in a manner that allows for specificity. To do this, the differences between psychoeducation and therapeutic patient education must be considered, and their potential for the management of patients with psychiatric and addiction disorders must be determined.

Methods In our article, we review the literature concerning therapeutic education programs for patients and discuss the literature based on the experiences of psychiatrists trained in these therapies.

Results Despite rather nonrestrictive guidelines, and after reviewing numerous studies, we found that psychoeducation seems to be rarely used in psychiatry. The use of therapeutic patient education programs for psychiatric patients has doubled in four years but still accounts for less than 4% of validated programs in France. Only 154 programs were developed in 1175 public psychiatric facilities in 2016. Therapeutic patient education has a legal framework and recommendations, which make it suitable for inclusion in care and in the training of care providers. The rigor in the development of therapeutic patient education programs and the requirement for training and financial support reinforce the need for their establishment in healthcare institutions. As such, they could help to modify professional practices and the culture of care in mental health fields.

Conclusion There is a place for therapeutic patient education in psychiatry as it provides a real benefit for patients. It could modify care practices and costs, and is suitable for patients with psychiatric or addiction disorders by helping them play an active role in their care, thereby improving treatment outcomes and quality of life.

Keywords Therapeutic Patient Education; Psychoeducation ; Psychiatry ; Addictology

Résumé

Position du problème La psychoéducation ou l'Education thérapeutique du patient pourraient s'intégrer efficacement aux traitements des patients souffrant de troubles psychiatriques. Ces deux thérapies éducatives ont démontré leur efficience et ont des objectifs communs pour améliorer la morbidité de la maladie, l'observance du traitement et la qualité de vie du patient en le formant à devenir un acteur privilégié de son soin. Elles ont des modalités d'application et des exigences différentes. Leur intégration aux soins psychiatriques ne semble pas à la hauteur des enjeux cliniques ou institutionnels. Il convient de préciser leurs spécificités et de s'interroger sur les facteurs qui influencent l'investissement et le développement de ces deux thérapies en psychiatrie.

Méthode Nous avons effectué une recherche bibliographique et analysé les programmes d'éducation thérapeutique du patient validés avec la collaboration de l'Agence régionale de santé. Nous avons ensuite discuté la littérature à partir de nos expériences de cliniciens psychiatres formés à ces thérapies.

Résultats Malgré un cahier des charges peu contraignant et de nombreuses expérimentations, la psychoéducation semble s'être peu développée en psychiatrie. Les programmes d'éducation thérapeutique du patient en psychiatrie ont été multipliés par deux en quatre ans mais ne représentent que moins de 4 % des programmes validés en France et 154 programmes pour 1175 secteurs publics de psychiatrie en^a 2016.

L'éducation thérapeutique du patient dispose d'une légitimité législative et de recommandations cliniques qui rendent propice son intégration aux soins et à la formation des intervenants en psychiatrie. Sa rigueur d'élaboration, son obligation de formation et son financement potentiel pourraient sécuriser le développement de l'éducation thérapeutique dans l'institution et aider à la modification des pratiques professionnelles et de la culture de soins des soignants en santé mentale vis-à-vis de cette pratique.

Conclusion L'éducation thérapeutique a une place conséquente à prendre en psychiatrie avec un réel bénéfice pour les usagers et leurs familles mais aussi pour les pratiques de soins et leurs coûts. L'Education thérapeutique du patient, adaptée au handicap psychique, peut faciliter plus efficacement cette prise en soin en aidant les malades à se prendre en charge et à réaliser leurs projets de vie.

Mots clés Education thérapeutique du patient ; Psychoéducation ; Psychiatrie ; Addictologie

1. Introduction

La psychiatrie est une spécialité à l'interface de multiples disciplines des sciences humaines, sociales et médicales. Par ses spécificités, elle s'appuie sur des compétences thérapeutiques relationnelles, une culture de soins médico-psycho-sociale multidisciplinaire et des patients acteurs de leur soin. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les maladies psychiatriques affectent chaque année une personne sur cinq et certaines d'entre-elles (schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs) figurent parmi les dix pathologies les plus préoccupantes de ce début de siècle [1]. De plus, de nombreux usagers souffrant de troubles psychiatriques (TP), dont les addictions, sont conjointement affectés par d'autres pathologies chroniques somatiques qui écourtent fortement leur espérance de vie [2].

Les thérapies psychosociales éducatives ont démontré leur efficacité sur l'observance des traitements psychotropes, les rechutes ou récurrences des maladies psychiatriques et la fréquence des hospitalisations, notamment pour la psychoéducation dans les troubles bipolaires et la schizophrénie. Elles sont recommandées par plusieurs guidelines thérapeutiques en psychiatrie. Elles pourraient s'intégrer naturellement et efficacement aux traitements des patients souffrant de TP et d'addictions ainsi que limiter les conséquences des pathologies chroniques associées, notamment somatiques, sur leur état de santé [3-8].

En France, deux grands types de thérapies psychosociales éducatives, l'éducation thérapeutique pour les patients (ETP) et la psychoéducation (PE), peuvent s'inscrire dans l'offre de soins des usagers souffrant de maladies chroniques psychiatriques. Elles ont des objectifs communs pour améliorer la morbidité de la maladie, l'observance du traitement et la qualité de vie du patient en le formant à devenir un acteur privilégié de son propre soin mais ont aussi des modalités d'application très différentes [3,4]. Leur intégration aux soins psychiques ne semble pourtant pas à la hauteur des enjeux cliniques. Il convient de préciser leurs spécificités et de s'interroger sur les facteurs qui influencent l'investissement et le développement de la PE ou de l'ETP en psychiatrie.

2. Matériel et Méthode

Nous avons effectué une recherche bibliographique et une revue de la littérature concernant le développement de la PE et de l'ETP en psychiatrie et en addictologie.

La recherche bibliographique a été réalisée à l'aide de mots clés et de moteurs de recherche spécifiques. Cette recherche a été complétée par la lecture d'un ouvrage de référence en éducation thérapeutique. Les mots clés utilisés ont été : éducation thérapeutique du patient, psychoéducation, plan régional de santé,

psychiatrie, addictologie, évaluation des pratiques en psychiatrie, santé mentale, observance, qualité de vie.

Les moteurs de recherche éprouvés ont été : Pubmed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>), Science direct (<https://www.sciencedirect.com>), Google scholar (<https://scholar.google.co>), INPES (www.inpes.santepubliquefrance.fr), Association de recherche en soins infirmiers (<https://www.asso-arsi.fr>), Agence régionale de santé (ARS) (<https://www.ars.sante.fr>). L'ouvrage de référence consulté a été « Manuel d'Éducation Thérapeutique du Patient : Modèles, Méthodes, Pratiques » de J.-M. Revillot publié en 2016. Au total, près de 60 références ont été sélectionnées et 40 ont été retenues pour référencer l'article. Les principales causes d'élimination des références non retenues ont été les dates de parutions trop anciennes ou la redondance de données similaires.

Pour compléter notre analyse, nous avons souhaité collaborer avec l'Agence régionale de santé (ARS) et avons évalué avec l'aide de leurs fichiers de référence la fréquence des programmes d'ETP validés en psychiatrie rapportée aux autres maladies chroniques et aux secteurs d'intervention de la psychiatrie publique ainsi que leur répartition géographique sur le territoire français. A l'aide des données recueillies et de nos

compétences cliniques spécialisées en psychiatrie, en addictologie et en éducation thérapeutique nous avons développé une démarche réflexive pour proposer une première évaluation de l'assimilation de l'éducation thérapeutique en psychiatrie puis discuter des résistances et des enjeux cliniques, institutionnels ou financiers, qui accompagnent l'intégration aux soins psychiatriques de ces approches éducatives.

3. Résultats

La psychoéducation (PE) est définie comme une intervention didactique et psychothérapeutique adaptée aux spécificités des usagers souffrant de troubles psychiatriques. A l'aide d'ateliers, le plus souvent en groupe, elle vise à informer les patients ou leurs proches sur le trouble psychiatrique qui les concerne et à promouvoir les capacités pour y faire face en apportant une information structurée sur la maladie et ses traitements [9,10]. Elle favorise une résolution de problèmes émotionnels, psychiques, comportementaux et cognitifs [9,10]. Elle a montré son bénéfice sur l'adhésion aux soins, l'autonomisation et le rétablissement des patients ainsi que son utilité pour l'entourage [11,13]. Elle est recommandée par les « guidelines » notamment pour les troubles bipolaires et la schizophrénie et des travaux sont en cours sur son bénéfice dans la prise en soins des dépressions [14-18]. Considérées comme plus particulièrement adaptées à la psychiatrie, ses modalités de développement ne nécessitent ni de cadre législatif ni de formations obligatoires [9-18]. Elles peuvent être soutenues et accompagnées par les centres experts des troubles bipolaires ou schizophrénie. Les procédures d'évaluation quantitatives et qualitatives des programmes développés sont sous la seule autorité des intervenants et des établissements porteurs. Le financement institutionnel spécifique de cette activité est peu fréquent et s'inscrit principalement dans un projet individuel d'une unité ou d'un secteur de psychiatrie générale ainsi que dans une dotation annuelle de fonctionnement. Elle reste souvent réalisée à moyen constant, par mutualisation ou redéploiement d'effectif, dans le cadre par exemple de centres d'activités thérapeutiques à temps partiel, d'hôpital de jour ou d'unité de réhabilitation psychosociale [9,18].

L'Éducation thérapeutique du patient (ETP) aide les patients à acquérir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec toute maladie chronique [19-21]. Elle s'adresse pour sa part à toute personne ayant une maladie chronique bénéficiant de l'affection longue durée (ALD) ainsi qu'à leurs proches [22]. Organisée en ateliers et séances, qui peuvent être réalisés en groupe ou en individuel, sa pratique est plus usuelle pour les pathologies somatiques mais est tout à fait possible en psychiatrie. La loi Hôpital Patient Santé et Territoires (HPST)

promulguée en France le 21 juillet 2009 l'affirme comme un droit pour le patient et lui a conféré un cadre légal et un cahier des charges national pour autorisation par les agences régionales de santé (ARS) [22,23]. Ils exigent d'effectuer un « bilan éducatif partagé » formalisé, de définir avec le patient un programme personnalisé de soin (PPS), de planifier les ateliers et les séances puis d'en évaluer les acquisitions et l'efficacité [24,25]. La Haute Autorité de santé (HAS) a mis à la disposition des équipes un guide destiné à faciliter l'auto-évaluation annuelle et l'évaluation quadriennale qui conditionnent le renouvellement des programmes [26,27]. Des structures d'appui et de formation ont été créées conjointement, comme les Unités transversales d'éducation thérapeutique du patient (UTEP) ou les plates-formes ETP, pour soutenir les formations obligatoires et la professionnalisation de l'ETP [27,28].

Au travers de notre évaluation et malgré une forte invitation à sa réalisation, un cahier des charges non contraignant et de nombreuses expérimentations, la PE semble finalement s'être peu développée en psychiatrie. La littérature reste pauvre d'un point de vue épidémiologique et ne propose pas de recueil d'activité synthétique. La fragilité institutionnelle, la plus faible exigence administrative de la PE et les modalités de mesure des activités en psychiatrie, notamment celles des activités groupales, semble la rendre peu lisible et ne pas favoriser son évaluation quantitative et qualitative. Pourtant, de nombreuses formations ont été réalisées, notamment par les centres experts schizophrénie et bipolaires, mais une étude européenne a montré que moins de 15 % des familles bénéficiaient de programmes psycho-éducatifs et que seulement 7 % à 27 % des personnes formées mettaient en pratique leur formation [13]. De plus, la culture d'un travail conjoint avec les centres experts reste encore à renforcer chez les professionnels de la santé mentale malgré le bénéfice pour les usagers et leur famille de leurs avis et propositions de suivis conjoints.

La loi HPST recommande la mise en place de programmes d'ETP pour les patients atteints d'une maladie chronique en ALD. En France, les quatre groupes d'affections qui regroupent 75 % des ALD sont les pathologies cardio-vasculaires, les cancers, le diabète et les TP. Les TP représentent par ailleurs l'ALD la plus fréquente chez les enfants et les adolescents. Pour les maladies chroniques addictives, qui peuvent aussi bénéficier de l'ALD grâce à l'existence conjointe de troubles chroniques psychiatriques, somatiques ou cognitifs, l'impact de l'ETP pourrait être conséquent et ce d'autant plus qu'une comorbidité psychiatrique existe [25-28].

Pourtant, même si le nombre de programmes d'ETP en psychiatrie a été multiplié par deux en quatre ans, ces derniers représentaient moins de 4 % des programmes validés en 2015 et 2016 et 154 programmes pour près de 1175 secteurs de psychiatrie publique (psychiatrie générale adulte, psychiatrie infanto-juvénile, psychiatrie pénitentiaire) en 2016 [29,30]. De plus, en France, cinq régions sur 13 cumulent 70 % des programmes d'ETP en psychiatrie validés en 2016 [30]. Cette implantation semble insuffisante en comparaison d'autres pays comme l'Allemagne, la Suisse ou l'Autriche où 84 % des institutions psychiatriques proposent des programmes d'éducation thérapeutique avec bien sûr les limites comparatives de modalités de financement et de valorisation différentes selon les pays [31].

4. Discussion

Pratiquée de manière éparse et probablement insuffisante en psychiatrie, la PE et surtout l'ETP sont considérés comme des approches thérapeutiques nouvelles qui suscitent de nombreux questionnements de la part des équipes soignantes et administratives en psychiatrie et en addictologie [6]. L'ETP se présente comme un processus plus contraint et structuré mais aussi sécurisé, reproductible et donc qui peut être diffusé de manière plus équitable pour tous les patients [20-28]. Plus complexe dans son élaboration que la PE, son développement semble plus enclin à s'inscrire de manière pérenne dans un projet d'établissement, de bénéficier d'un financement spécifique à l'activité et d'offrir une meilleure garantie de soin égal quel que soit l'intervenant. 90 L'obligation de valider une formation pour chacun

des intervenants en fait aussi un outil pertinent de gestion de ressources humaines et des pratiques professionnelles.

Moins formelle, la PE repose plus souvent sur un engagement personnel ou d'un service que sur celui d'un établissement ou d'une institution. Son accessibilité s'accompagne d'une moindre exigence en termes de formation et d'évaluation, de plus de difficultés de financements spécifiques et d'une implantation plus fragile car plus à risque d'être négligée selon les priorités économiques ou humaines dans le cadre d'une dotation annuelle de financement (DAF) contrainte.

4.1. Freins au développement de l'éducation thérapeutique en psychiatrie

Il serait trop simple de limiter notre réflexion à la faible implication des patients ou au manque de moyens souvent posés comme un alibi de première intention, certes non dépourvus de réalité. Des expériences de développement de programmes d'éducation thérapeutique ont démontré qu'ils pouvaient intéresser les patients et être effectifs sans financement spécifique sous réserve de redéploiements de moyens par des équipes de soin motivées et formées [3-6]. Les freins pour lesquels trop peu d'équipes psychiatriques s'approprient l'éducation thérapeutique sont plus complexes et discutés ci-dessous.

4.2. Un manque de formation des équipes soignantes

L'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES), aujourd'hui intégré à Santé publique France, estime que seulement 50 % des structures de formation initiale des professionnels de santé proposent un enseignement spécifique en ETP [32]. Ce constat témoigne d'un manque d'outils de formation et de formateurs pour cette pratique alors que depuis janvier 2017 tous les intervenants en ETP doivent répondre d'une formation validée [26]. Un manque d'accès à la formation par absence de moyens financiers spécifiques et surcharge des programmes d'enseignements est aussi une raison énoncée par les professionnels [28]. Cependant, pour exemple, la législation par l'arrêté du 31 juillet 2009 prévoit 150 heures de formation sur les soins éducatifs et préventifs pour les étudiants du diplôme d'état d'infirmier [33].

Par ailleurs, des soignants témoignent d'une surcharge d'activité et du manque de formation pour expliquer leur absence d'investissement [34]. D'autres ne l'envisagent pas, pensant déjà réaliser cette démarche quotidiennement au travers de conseils relevant plus de « l'éducation à la santé » ou de « l'information en santé », ou estimer que « l'éducation » ne relève pas de leur champ de compétence [3-6].

Ce manque de formation rend flous les indications et les bénéfices de l'éducation thérapeutique. Il renforce chez les soignants le sentiment que la PE serait un soin accessoire qui répondrait plus aux spécificités des TP alors que l'ETP serait préférentiellement destinée aux soins somatiques et en inadéquation avec les TP. Ces ressentis ne sont plus partagés par les soignants ayant bénéficié d'une formation ou pratiquant l'ETP [6].

4.3. Un engagement de l'institution et des équipes soignantes insuffisant

Malgré la loi HPST, l'éducation thérapeutique progresse peu en psychiatrie se développant le plus souvent comme un soin secondaire ou même pour certains un soin de « luxe » dont les professionnels n'auraient pas les moyens humains et financiers.

Les orientations actuelles, même si elles restent pôle et/ou chef de pôle dépendant, sont préférentiellement axées sur la prise en charge de l'aigüe et des troubles du comportement au détriment d'une réflexion sur l'observance, les rechutes et la qualité de vie des usagers stabilisés. Alors que les établissements réduisent leurs nombres de lits, les directions hospitalières ou les responsables de structures psychiatriques soutiennent peu l'intégration¹³ de l'éducation thérapeutique dans leur offre de soin

alors qu'il s'agit probablement d'un soin économiquement pertinent autant en termes de coût de santé que d'investissement budgétaire. Des fonds sont attribués aux ARS pour financer les programmes d'ETP validés. Le financement de l'ETP, qui ne suit pas forcément une logique de tarification à l'activité, est bien établi pour le soin en Médecine Chirurgie Obstétrique mais reste encore flou en psychiatrie et en addictologie. Ce manque de lisibilité financière est un obstacle aux initiatives et aux engagements de la discipline [28,35]. Dans le cadre des nouveaux plans régionaux de santé (PRS) et des projets de territoires en santé mentale (PTSM) à venir, certaines ARS ont acté la validation et le financement de programme d'ETP en psychiatrie et/ou en addictologie aux conditions d'une activité purement ambulatoire. Cette évolution positive imposera sans doute de réfléchir aux indications et aux thématiques des programmes de PE et d'ETP en psychiatrie en fonction bien sûr des impératifs cliniques des patients mais aussi de leurs modalités de suivis en hospitalisation (temps plein ou de jour), en Centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou uniquement en ambulatoire, en libéral ou en Centre médico psychologique (CMP).

4.4. L'organisation et la culture des soins en psychiatrie

L'organisation publique sectorielle des soins psychiatriques en France est une chance d'accès à un soin de proximité pour tous. Elle peut néanmoins souffrir de son découpage géographique « sectorisé » [29,35]. Les politiques des secteurs psychiatriques peuvent ainsi définir des priorités spécifiques au détriment de l'éducation thérapeutique qui devrait être une priorité institutionnelle pluridisciplinaire commune [35,41].

Les soins des usagers peuvent également être affectés par des parcours de soin complexes, dépendant souvent d'organisations et de cultures de soins différentes au sein d'un même établissement. La disponibilité des lits entre unités d'hospitalisation fermées et ouvertes, l'existence ou non d'unités spécialisées d'addictologie ou de réhabilitation psychosociale, la nature des liens entre hospitalisation temps plein et les soins ambulatoires hospitaliers ou de ville peuvent compliquer la cohérence des parcours de soins nécessaire au développement des pratiques de soins intégrés et d'un projet de soin éducatif [41]. Nous pouvons espérer que le développement des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et des communautés psychiatriques de territoire (CPT) aide à l'optimisation de l'offre de soin et d'accompagnement en santé mentale.

La psychiatrie est par ailleurs une discipline, qui malgré le bénéfice d'une multidisciplinarité disponible, cultive encore de manière trop conséquente une culture sanitaire et médicale descendante. De plus elle est une spécialité habilitée à pratiquer des soins sous contrainte et est confrontée à des usagers pouvant présenter une absence du sentiment d'être malade ou qui par leur handicap psychique et leurs traitements psychotropes peuvent rester passifs face aux soins proposés [4,6]. Ces spécificités influencent la représentation soignante en ce qui concerne les compétences des usagers à devenir acteur de leur soin et libre des choix thérapeutiques qui les concernent. Enfin, il y a aussi paradoxalement des difficultés pour la culture psychiatrique à questionner plus facilement ses acquis sur le « libre arbitre » et à faire évoluer ses pratiques vers un patient « partenaire » ou « expert » de ses soins.

4.5. Des usagers plus complexes que difficiles

Les patients souffrant de TP présentent une intrication complexe de difficultés émotionnelles, cognitives et sociales potentiellement aggravée par des comorbidités addictives et somatiques [2,41]. L'éducation thérapeutique proposée de manière non adaptée peut à cet effet devenir inopérante si ce n'est contre-productive [34-36]. Ils souffrent aussi souvent d'une plus faible estime de soi, d'une moindre intégration sociale et d'une stigmatisation¹⁸ anticipée de leurs compétences à entendre un

diagnostic, à s'impliquer dans leur soin et à gérer leur maladie [37]. Ainsi, 72 % des patients atteints de schizophrénie éprouvent le besoin de dissimuler leur maladie par crainte du regard des autres [37]. Cette représentation péjorative d'eux-mêmes n'est pas forcément propice à la mise en place et à l'acceptation d'un programme d'éducation thérapeutique si elle n'est pas réfléchie ou motivée préalablement [6,33-37]. Au-delà de ces particularités cliniques, qui peuvent justement inviter à proposer et à indiquer un soin éducatif, il existe d'autres barrières qui limitent l'accès des usagers à l'éducation thérapeutique en psychiatrie. Nous pouvons par exemple énoncer des barrières inhérentes à la langue, à l'isolement géographique, à la difficulté à inscrire une motivation dans la durée, à la précarité ou à la faible culture en santé du patient [6,37,38]. Mais il existe aussi des résistances croisées liées à sa potentielle passivité entretenue et aux discours parfois directifs et paradoxaux des soignants. En effet, le patient, surtout s'il est suivi hors d'un programme de réhabilitation psycho-sociale, est plus souvent «objet» de soin psychiatrique qu'acteur de la gestion de sa propre santé et de sa qualité de vie. Il peut ainsi subir son soin de manière infantilisée, avec un déficit de relation avec l'équipe soignante qu'il a du mal à faire changer s'il n'y est pas invité [6,33,41].

Les patients souffrant de TP sont demandeurs de ce type de soin et l'accepte volontiers s'ils y sont accompagnés. Ils souhaitent être considérés comme des acteurs de leur propre santé et voir leurs droits à l'information reconnus [3-6,40]. Par ailleurs, dans un mouvement personnel ou associatif leurs familles qui témoignent parfois de scepticisme sur l'efficacité des interventions psychiatriques et d'un sentiment d'exclusion de la prise en charge manifestent leur volonté de bénéficier de programmes

d'ETP pour s'associer aux soins [40]. Des travaux ont montré que la PE des familles potentialise l'effet des programmes suivis par leurs proches et réduit de moitié le risque de rechute des patients [11,13,40]. Les recommandations insistent sur l'intérêt d'associer les familles à la construction des programmes d'ETP.

Nous constatons ainsi que les freins sont multiples et impliquent l'ensemble des acteurs de la santé mentale des institutions gouvernantes jusqu'aux usagers. Ils s'appuient bien sûr sur un manque de valorisation institutionnelle et financière du développement de ce type de soin et sur les spécificités complexes des patients souffrant de maladies mentales chroniques. Mais ils se nourrissent sans doute de manière plus conséquente d'un manque de formation et d'engagement des équipes de soin, de représentations trompeuses en ce qui concerne les modalités de l'offre de soin en santé mentale ou les compétences des usagers et de leurs familles ainsi que d'un manque d'optimisation et de coordination des parcours de soin et des accompagnements des patients souffrant de TP.

4.6. Quelles perspectives de développement de l'éducation thérapeutique en psychiatrie

Les patients souffrant de TP, malgré leurs complexités poly-pathologiques et plus que d'autres malades souffrant d'une maladie chronique, devraient bénéficier de soins éducatifs. La psychiatrie est une spécialité médicale qui bénéficie d'atouts et d'outils à disposition pour mettre en place des programmes adaptés de PE ou d'ETP.

Bien qu'il existe des freins préjudiciables, au-delà du manque de moyens humains ou financiers, les soignants en psychiatrie formés à l'éducation thérapeutique valident le fait qu'elle est efficiente dans la prise en soin et bénéfique pour leur pratique. Une enquête réalisée en 2012 montre aussi que les psychiatres pratiquent de plus en plus la démarche éducative [4]. La baisse de la densité médicale en psychiatrie, qui diminuera de 36 % d'ici 2025, doit inviter à intégrer ce type de soin pluridisciplinaire pour optimiser les soins et partager les compétences [1,28-29].

La PE qui dispose d'un accès facilité par moins d'obligations administratives en termes de formation ou d'évaluation ne semble pas s'être intégrée et développée efficacement

aux soins psychiatriques malgré de nombreuses initiatives. De plus de nombreuses activités sont déjà réalisées par les équipes de soins et pourraient facilement sous réserve d'une formalisation et d'une structuration systématisées se transformer en programme de PE.

L'ETP dispose d'une légitimité législative et de recommandations cliniques qui rendent propice son intégration aux soins et à la formation des intervenants en psychiatrie. Elle s'arme d'une rigueur d'élaboration et d'une obligation de formation qui la sécurisent dans l'institution et aident à la modification des pratiques professionnelles et des représentations. Elle peut impacter plus positivement le manque de formation, d'investissement et la culture de soins des soignants en santé mentale.

L'ETP a une place conséquente à prendre en psychiatrie avec un réel bénéfice pour les usagers et leurs familles mais aussi pour les pratiques de soins et leurs coûts. Par son exigence, elle peut aussi devenir un véritable thème ou outil de recherche clinique. Elle doit s'inscrire dans un projet d'établissement et des programmes de formations en s'appuyant sur les structures ressources de référence. La pratique institutionnalisée de l'ETP pourra de plus améliorer les pratiques de soins intégrés et le parcours de soin ainsi que replacer le patient comme son principal thérapeute au cœur de son dispositif. Elle pourrait favoriser aussi le décloisonnement du secteur hospitalier vis à vis des soins ambulatoires de ville ou des accompagnements médico-sociaux. Adaptée au handicap psychique, elle peut permettre de «prendre soin» des malades souffrants de TP ou de maladies addictives pour finalement les aider à se prendre en charge et à réaliser leurs projets de vie.

Dans ce cadre, il paraît essentiel que les ARS accompagnent le développement et le financement de ce type de programme en les intégrant dans les PRS de référence et en invitant les acteurs des GHT et des CPT à intégrer ce type de soin dans les PTSM.

Remerciements **Agence régionale de santé Grand Est** : Mme Cecilia Paasche.

Références

1. Couty E .Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, Rapport, 2009.
2. Saravane D, Feve B, Frances Y, et coll. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. L'Encéphale 2009 Sep;35(4):330-39.
3. Quintilla Y. Éducation thérapeutique en psychiatrie. In Thérapeutiques en psychiatrie. Juin 2015. 277-303.
4. Cadiot F. Verdoux H. Pratiques d'éducation thérapeutique en psychiatrie. Enquête auprès des psychiatres hospitaliers d'Aquitaine. L'Encéphale 2013;39:205-11.
5. Revillot J.-M. L'éducation thérapeutique peut-elle enrichir le soin en psychiatrie. Soins Psychiatrie, 2011 mars-avril;273.
6. Viard D, Netillard C, Cheraitia E, et coll. Éducation thérapeutique en psychiatrie : représentations des soignants, des patients et des familles. L'Encéphale 2016;42:4-13.
7. Mc Lellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, et coll. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance and outcomes evaluation. JAMA 2000;284(13):1689-95.
8. De la Tribonière X, Jacquet J.-M, Vidal J, et coll. Ce que l'éducation thérapeutique peut apporter à l'addictologie. Santé publique 2016;5:591-97.
9. Bonsack C, Rexhaj S, Favrod J, et coll. Psychoeducation: Definition, history, interest and limits. Annales Médico-Psychologiques 2015;173 :79-84.
10. Petitjean F. The therapeutical benefits of psychoeducation. Annales Médico-Psychologiques 2011;169 :184-87.

11. Lucksted A, McFarlane W, Downing D, et coll. Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *J Marital Fam Ther* 2012;38:101-21.
12. Murray-Swank AB, Dixon L, et coll. Family psychoeducation as an evidence-based practice. *CNS Spectr* 2004;9:905-12.
13. Magliano L, Fiorillo A, Fadden G, et coll. Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry* 2005 Feb;4(1):45-49.
14. Maurel M, Draï D, Kaladjian A, et coll. Étude contrôlée randomisée des effets de la pharmaco-éducation sur une population française de patients souffrant de troubles schizophréniques et schizo-affectifs. *Can J. Psychiatry* 2010;55(5):329-37.
15. Mirabel-Sarron C, Giachetti R. Les thérapies non-médicamenteuses dans les troubles bipolaires. *Encéphale* 2012;Suppl.4:S160-66.
16. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR, et coll. Psychoeducation for Schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013.
17. Hoarau P, Mem M, Mascle L, et coll. Le programme "schiz'dit" in Santé mentale Hors série. Août 2015;28-33.
18. Haute Autorité de santé (HAS). Guide – Affection de longue durée. Schizophrénies. 2007. Disponible sur www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_ald23 (consulté le 17/10/2018).
19. Sandrin-Berthon B. Éducation thérapeutique du patient : de quoi s'agit-il ? Actualité et dossier en santé publique (ADSP) 2009;66:10-15.
20. Saout C, Charbonnel B, Bertrand D. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Rapport, 2008.
21. Revillot J.-M. Manuel d'éducation thérapeutique du patient. Paris: Dunod: 2016.
- Haute Autorité de santé (HAS). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. 2007. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1239136/fr/programmes-d-education-therapeutique-du-patient-la-has-publie-un-guide-pour-l-auto-evaluation-annuelle (consulté le 17/10/2018).
22. Loi 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF numéro 0167. 22 juillet 2009.
23. L'Éducation du patient en quinze questions – réponses HAS-INPES.
24. Ministère de la santé et des sports. Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient. Journal Officiel n°0178 du 04 août 2010, Paris; 2010.
25. 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.
27. Foucaud, Bury JA, Balcou-Debussche M, et coll. Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis, Inpes, coll. Santé en action, 2010.
28. Académie nationale de médecine. Résumé du rapport : L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine. 2013.
29. Coldefy M, Le Fur P, Lucas-Gabrielli V. Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. Questions d'économie de la santé, août 2009;n° 145.
30. Agence régionale de santé (ARS). Applicatif du système d'information national. 2017. Accès limité référent ARS
31. Rummel-Kluge C,²⁰ Pitschel-Walz G, Bäuml J, et coll. Psychoeducation

in schizophrenia: Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophr Bull* 2006;32:765-75.

32. L'Inpes, acteur et soutien du développement de l'éducation thérapeutique du patient. Saint-Denis, INPES 2009. Disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/09/dp090130.pdf> (consulté le 17/10/2018).

33. Lang S. La psychoéducation, un projet d'alliance thérapeutique soignants-familles. *Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)* 2011;4(107).

34. Le Rhun A, Gagnayre R, Moret L, et coll. Analyse des tensions perçues par les soignants hospitaliers dans la pratique de l'éducation thérapeutique : implications pour leur supervision. *IUHPE – Global Health Promotion* 2013 ;20(Supp.1).

35. Revillot J.-M. L'éducation thérapeutique peut-elle enrichir le soin en psychiatrie. *Soins Psychiatrie* 2011 mars-avril;273.

36. IPCEM. Questions à propos de l'ETP. Mai 2013.

37. Llorca P.-M. Vécu Subjectif du patient sur sa maladie et son traitement. *Encéphale* 2013;Suppl 2: S105-109.

38. D'Ivernois J.-F. Journées médicales de la MSA : Quelle éducation thérapeutique du patient. 3 avril 2008.

39. Rapport du ministère de la santé et de l'ONEM 2007, p.18.

40. Hodé Y. La psychoéducation des familles de malades souffrant de schizophrénie : intérêts, objectifs, et modèles. *European Psychiatry* 2015 nov;30(8)Supp:S16.

41. Lang J.-Ph, Bonnewitz M.-L, Kusterer M, et coll. Usage d'alcool chez les patients souffrant de troubles psychiatriques : quelles évaluations ? Quelle prise en soin ? *L'Encéphale* 2014;4:301-307. Disponible sur <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2014.07.008> (consulté le 17/10/2018).