

# UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2014

THÈSE N°

## **Education thérapeutique du patient BPCO en médecine générale**

Enquête auprès d'un groupe de médecins généralistes  
du Limousin.

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 16 avril 2014

par

Annabelle Raby Reynaud

née le 01.01.1980, à Nice

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Mr. le Professeur François Bonnaud ..... Président  
Mr. le Professeur Philippe Lacroix ..... Juge  
Mr. le Professeur Boris Melloni ..... Juge  
Mme le Docteur Marie-Thérèse Antonini ..... Directeur de thèse, Membre invité  
Mme le Professeur associé Martine Prévost ..... Juge  
Mr. Le Docteur François Dalmay, ingénieur de recherche, ..... Membre invité

*« Tu me dis, j'oublie.  
Tu m'enseignes, je me souviens.  
Tu m'impliques, j'apprends ».*

*B. Franklin (1706-1790).*

**UNIVERSITE DE LIMOGES**  
**FACULTE DE MEDECINE**  
LISTE DES ENSEIGNANTS

**PROFESSEUR UNIVERSITAIRE-PRATICIEN HOSPITALIER**

<b>ABOYANS Victor</b>	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE Responsable de service
<b>ACHARD Jean-Michel</b>	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
<b>ADENIS Jean-Paul</b>	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE
<b>ALAIN Sophie</b>	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>ALDIGIER Jean-Claude</b>	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE
<b>ARCHAMBEAUD Françoise</b>	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
<b>ARNAUD Jean-Paul</b>	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>AUBARD Yves</b>	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE Responsable de service
<b>AUBRY Karine</b>	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L.
<b>BEDANE Christophe</b>	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE Responsable de service
<b>BERTIN Philippe</b>	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE Responsable de service de RHUMATOLOGIE

<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L. Responsable de service
<b>BONNAUD</b> François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Doyen Honoraire
<b>BORDESSOULE</b> Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service d'HEMATOLOGIE CLINIQUE et THERAPIE CELLULAIRE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOTHERAPIE Responsable de service
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PSYCHIATRIE d'ADULTES Responsable de service
<b>COGNE</b> Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE Responsable de service
<b>COLOMBEAU</b> Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
<b>CORNU</b> Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE Responsable de service
<b>DANTOINE</b> Thierry	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GERATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT Responsable de service
<b>DARDE</b> Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE Responsable de service
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION

<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NUTRITION
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE et SANTE au TRAVAIL Responsable de service
<b>DUMAS</b> Jean-Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE Responsable de service
<b>ESSIG</b> Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE Responsable de service
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
<b>FEUILLARD</b> Jean	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service du Laboratoire d'HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE Responsable de service
<b>FUNALOT</b> Benoît	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>GAINANT</b> Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> M.-Odile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE
<b>LABROUSSE</b> François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES Responsable de service

<b>LACROIX</b> Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE VASCULAIRE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LASKAR</b> Marc	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE Responsable de service Assesseur
<b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE Responsable de service
<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEPATOLOGIE
<b>MABIT</b> Christian	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service d'ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE
<b>MAGY</b> Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
<b>MARQUET</b> Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE Responsable de service
<b>MATHONNET</b> Muriel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MELLONI</b> Boris	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Responsable de service
<b>MERLE</b> Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>MOHTY</b> Dania	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
<b>MONTEIL</b> Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE Responsable de service

<b>MOREAU</b> Jean-Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE Responsable de service Assesseur
<b>MOUNAYER</b> Charbel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-RENIMATION Responsable de service
<b>PARAF</b> François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE Responsable de service
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE Responsable de service
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service du SIME Assesseur
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE Responsable de service
<b>SALLE</b> Jean-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION Responsable de service
<b>SAUTEREAU</b> Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE Responsable de service
<b>STURTZ</b> Franck	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE Responsable de service
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
<b>TREVES</b> Richard	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RHUMATOLOGIE

<b>TUBIANA-MATHIEU</b> Nicole	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CANCEROLOGIE Responsable de service
<b>VALLAT</b> Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service de CHIRURGIE DIGESTIVE et ENDOCRINIENNE Doyen
<b>VERGNENEGRE</b> Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON</b> Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier REANIMATION Responsable de service
<b>VINCENT</b> François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
<b>VIROT</b> Patrice	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
<b>WEINBRECK</b> Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MALADIES INFECTIEUSES Responsable de service
<b>YARDIN</b> Catherine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE Responsable de service

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

<b>BUCHON</b> Daniel	Professeur des Universités MEDECINE GENERALE
----------------------	---



## **MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES- PRATICIENS HOSPITALIERS**

<b>AJZENBERG</b> Daniel	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>BOURTHOUMIEU</b> Sylvie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
<b>BOUTEILLE</b> Bernard	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>CHABLE</b> Hélène	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>DURAND</b> Karine	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE
<b>ESCLAIRE</b> Françoise	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>HANTZ</b> Sébastien	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>LE GUYADER</b> Alexandre	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>LIA-BALDINI</b> Anne-Sophie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>MARIN</b> Benoît	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>MOUNIER</b> Marcelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
<b>PICARD</b> Nicolas	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>QUELVEN-BERTIN</b> Isabelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>TERRO</b> Faraj	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

**BUISSON** Jean-Gabriel      Professeur associé à mi-temps  
MEDECINE GENERALE

**DUMOITIER** Nathalie      Professeur associé à mi-temps  
MEDECINE GENERALE

**PREVOST** Martine      Professeur associé à mi-temps  
MEDECINE GENERALE

## **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIES**

**MENARD** Dominique      Maître de Conférences associé à mi-temps  
MEDECINE GENERALE

## **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES**

**BARRAUD** Olivier      Maître de Conférences associé des Universités  
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

## **PROFESSEURS EMERITES**

**BONNETBLANC** Jean-Marie      Professeur des Universités Emérite

**VIDAL** Elisabeth      Professeur des Universités Emérite

## Remerciements

A notre président de jury,

Monsieur le Professeur François Bonnaud,

Professeur des Universités de Limoges, Pneumologie,

Doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Limoges.

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse et de juger notre travail.

Nous vous remercions d'avoir su faire démarrer notre projet d'étude.

Votre expertise en matière d'éducation thérapeutique, vos avis éclairés sur la bonne manière de mener à bien cette thèse nous auront été indispensables.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre gratitude à l'égard de la confiance que vous nous avez accordée.

A notre Directeur de thèse,

Madame le Docteur Marie-Thérèse Antonini,

Maître de Conférences des Universités, Physiologie et Explorations  
Fonctionnelles Respiratoires,

Praticien hospitalier.

Vous nous faites l'honneur de siéger à notre jury de thèse.

Vous avoir comme Directrice de thèse a été un honneur et un plaisir. Nous ne vous serons jamais assez reconnaissante pour toute l'énergie et le temps que vous avez déployés au suivi de ce travail de thèse. Nous vous savons gré d'avoir régulièrement mis vos compétences à notre disposition. Votre expérience, à la fois dans le domaine médical et dans le domaine de la rédaction d'écrits scientifiques, et votre enthousiasme nous auront été d'un grand secours. Nous espérons que vous trouverez dans notre thèse l'expression de notre profonde gratitude.

A notre jury,

A Monsieur le Professeur Philippe Lacroix,

Professeur des Universités de Limoges, Angéiologie,

Praticien Hospitalier,

Chef de Service.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de siéger à notre jury et d'examiner, fort de votre expérience clinique d'éducation thérapeutique, notre travail de thèse.

Nous vous remercions de votre disponibilité, et nous vous prions de trouver ici l'expression de notre considération la plus respectueuse.

A Monsieur le Professeur Boris Melloni,

Professeur des Universités de Limoges, Pneumologie,

Praticien Hospitalier,

Chef de Service.

Vous nous honorez de participer à notre jury.

Vos convictions sur une médecine humaniste, qui implique le patient, sont à la base de formations médicales continues dispensées sur l'ETP et la réhabilitation à l'effort. C'est lors de telles formations que nous avons pu interroger les médecins qui participent à notre étude. Nous aimerions vous remercier de juger ce travail.

A Madame le Professeur Martine Prévost,

Professeur associé, Médecine Générale.

Vous nous honorez d'accepter de juger notre travail, en tant que membre de jury.

L'exercice de la médecine générale telle que vous la pratiquez est pour moi un modèle. Vous avez confirmé notre envie de faire ce métier, par le biais de votre enseignement et de votre clinique quotidienne. Grâce à vous, nous espérons pouvoir exercer ce passionnant métier, tout en cherchant sans relâche à améliorer nos compétences. Pour tout ce que vous nous avez appris, nous vous prions de trouver ici notre profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur François Dalmay,

Ingénieur de Recherche, Biostatistique,

Docteur en Sciences Physiques.

Vous nous faites l'honneur d'accepter d'évaluer notre travail de thèse.

La rédaction de ce travail n'aurait pas pu se faire sans votre aide précieuse et vos conseils avisés. Votre compétence dans le domaine statistique a permis à plusieurs reprises de progresser dans l'élaboration de cette thèse.

Veillez agréer l'expression de notre reconnaissance la plus sincère.

A notre Tuteur,

Monsieur le Docteur Claude Landos,

Médecin Généraliste.

Je vous remercie d'avoir été un Tuteur attentif lors de mon internat de Médecine Générale, en particulier lors de l'élaboration de mon Port-Folio. Le soin que vous avez apporté à vos relectures de mes cas cliniques et de mon mémoire de DES, et la bienveillance de vos remarques constructives m'ont permis de faire progresser ma pratique médicale. Votre intérêt à l'égard de mes travaux de mémoire et de thèse, votre attachement à suivre mes progrès m'ont encouragée, et me poussent à toujours m'améliorer. Je vous prie de trouver ici le témoignage de ma reconnaissance la plus sincère pour votre suivi des plus pédagogiques.

## Dédicaces

*A mon époux, Sébastien, le meilleur dont j'aurais pu rêver. Merci pour tout le soutien et l'aide que tu m'as apportés. A notre étoile que je porte: qu'elle brille haut et fort.*

*A mes parents, et mes sœurs, Olivia et Lysiane, bienveillants et aimants, qui m'ont soutenue inconditionnellement pendant toute la durée de mes études. Je ne serais pas là sans vous.*

*A mes amies, mes « murs porteurs » Sabine, Gaëlle, Vivi : toujours là pour moi, merci !*

*A Mathieu, Céline, Julie, Agnès, Erika, Audrey, pour tout ce qu'on a vécu ensemble, les révisions avant les examens, les coups durs, les repas immangeables des Urgences, les gardes sans fin, le doute, la fierté, les moments de bonheur ; bref, tous ces moments de camaraderie qui ont fait de moi ce que je suis.*

*A mon grand-père Marius, qui avait l'amour du travail bien fait. Puissé-je suivre ses traces.*

*A ceux qui m'ont appris, (par ordre d'apparition dans mon internat): Dr Drutel, Dr Bellet, Dr Collignon, Dr Dupuy, Dr Gondran, Dr Ly, Dr Ladroit, Dr Begot, Dr Parot...et ceux que j'oublie de citer, mais dont l'enseignement, porté par des qualités pédagogiques hors pair et une grande passion de la médecine, m'a marquée à jamais.*



## Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « Paternité-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification » disponible en ligne <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/>

# Sommaire

INTRODUCTION.....	20
1 <sup>ère</sup> PARTIE : L’ETP, DONNEES ACTUELLES ET APPLICATION DE L’ETP A LA BPCO .....	21
1. Données actuelles sur l’ETP.....	21
1.1. Naissance de l’éducation thérapeutique du patient (ETP) .....	21
1.2. But et résultats .....	21
1.3. Définition de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les 4 stades de l’éducation thérapeutique .....	23
1.4. Textes réglementaires sur l’ETP .....	25
1.5. Structures existantes, et champs d’application de l’ETP .....	25
1.6. Formation .....	26
1.7. Acteurs de l’ETP .....	26
2. Application de l’ETP à la Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO).....	27
2.1. Rappels sur la BPCO.....	27
2.2. Intérêt de l’ETP dans la BPCO .....	28
2.3. L’ETP des patients atteints de BPCO dans le Limousin.....	29
2 <sup>ème</sup> PARTIE : ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE AUX MEDECINS GENERALISTES	32
1. Méthode.....	32
2. Résultats .....	32
2.1. La participation .....	32
2.2. Les besoins des patients .....	33
2.3. L’ETP dans la consultation de médecine générale.....	37
3. Discussion .....	43
3.1. Biais et limites.....	43
3.2. Des besoins criants .....	45
3.3. La place de l’ETP en médecine générale en inadéquation avec l’importance que lui accordent les médecins généralistes.....	49
3.4. Acteurs et lieux de l’ETP .....	50
3.5. Des médecins prêts à travailler en réseau mais des patients qui n’aboutissent pas au centre d’ETP.....	53

3.6. Perspectives .....	56
CONCLUSION .....	58
Références bibliographiques .....	59
Table des annexes.....	62
Table des matières .....	82
SERMENT D’HIPPOCRATE .....	87

# INTRODUCTION

La Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) est une maladie fréquente, insidieuse et grave. L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) est une approche à la fois économiste et humaniste de la médecine, qui a fait ses preuves en termes d'efficacité dans les pathologies chroniques (le diabète en particulier), tant au niveau de la qualité de vie du patient qu'au niveau de la santé publique. On constate aujourd'hui que l'ETP n'est malheureusement pas assez utilisée pour les patients BPCO. Quelles sont les causes de ce faible recours à l'ETP dans cette pathologie?

Ce travail de thèse se propose, par le biais d'un questionnaire distribué à 51 médecins généralistes du Limousin, d'évaluer la place que prend l'ETP dans les consultations de médecine générale, et de tenter d'apprécier l'importance du travail en réseau avec des centres spécialisés en ETP.

Les questions portent, dans une première partie, sur les besoins en ETP chez les patients BPCO. Dans la deuxième partie, nous estimerons l'implication des généralistes dans cette approche. Nous ferons également l'étude d'un certain nombre d'obstacles à la réalisation d'ETP lors des consultations de médecine générale. Enfin, nous tenterons de préciser l'importance du travail en réseau.

Enfin, malgré la grande implication des médecins généralistes dans l'ETP et leur enthousiasme avoué pour le travail en réseau, peu de patients seraient finalement parvenus à effectuer les séances d'ETP : quelles sont les causes de cette déperdition ? Nous tenterons de trouver quelques éléments de réponse, et d'ouvrir des voies de réflexion afin d'améliorer cet état de fait.

# **1<sup>ère</sup> PARTIE : L'ETP, DONNEES ACTUELLES ET APPLICATION DE L'ETP A LA BPCO**

## **1. Données actuelles sur l'ETP**

### **1.1. Naissance de l'éducation thérapeutique du patient (ETP)**

C'est la découverte de l'insuline (Le prix Nobel de Médecine de 1923 fut décerné à Mac Leod et Banting pour la découverte d'une thérapeutique du diabète à base d'extrait pancréatique) qui a provoqué l'invention de l'éducation thérapeutique : en effet, la nécessité d'adapter le nombre d'unités d'insuline aux glycémies a engendré des protocoles d'adaptation, ce qui sous entend une participation du patient.

En 1972, une jeune femme médecin, Leona Miller, publie une étude démontrant l'impact positif d'entretiens téléphoniques d'éducation auprès de patients diabétiques (1) (2). L'étude montre une diminution du coût de prise en charge et du nombre d'hospitalisations pour coma diabétique. Des études similaires se multiplieront par la suite, établissant le bien fondé de l'ETP.

L'évolution de la pratique médicale au cours des dernières décennies a effectivement évolué vers une meilleure information et une responsabilisation du patient. Le patient n'est plus le membre passif de la consultation qui subit les prescriptions. Il est en position de négocier ses examens et ses traitements. Le médecin a désormais un devoir d'information afin d'obtenir un consentement éclairé du patient. Ce mouvement se constate sur un plan pratique et sur un plan législatif avec, par exemple, les lois Kouchner et Léonetti qui attribuent au patient un droit d'accès à son dossier médical, et l'expression de sa volonté par le biais de directives anticipées dans l'hypothèse d'une fin de vie. Cet état de fait est la conséquence d'une évolution globale de la société vers un plus grand individualisme.

### **1.2. But et résultats**

Selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé, la finalité de l'ETP est de participer « à l'amélioration de la santé du patient » et « à l'amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches ». (3)

De façon plus détaillée, l'ETP vise à faire acquérir deux types de compétences au patient :

Des compétences d'autosoins : pour modifier l'effet de la maladie sur sa santé. Par exemple : prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, adapter ses doses de médicaments, adopter un mode de vie plus équilibré.

Des compétences d'adaptation : compétences qui permettent aux personnes de maîtriser et diriger leur existence et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci, « se connaître soi même, savoir gérer ses émotions, développer une réflexion critique, se fixer des buts à atteindre, s'évaluer, se renforcer ».

En ce qui concerne les résultats de l'ETP : on observe un triple bénéfice de cette prise en charge :

- **Une meilleure qualité de vie pour le patient** avec au sortir des sessions d'ETP, une amélioration du ressenti. Si aucun bénéfice n'a pu être prouvé sur la fonction respiratoire, des études et une méta analyse ont montré un bénéfice en termes de qualité de vie et une diminution du nombre d'hospitalisations. (2) (4) (5)
- **Un meilleur sentiment d'efficacité des médecins** dans la prise en charge de leurs patients est reconnu (meilleure observance du patient donc meilleure collaboration, meilleurs résultats, moins de sentiments d'échec). En effet, selon l'étude sur la « Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale » (Cécile Fournier, Pierre Buttet, Emmanuelle Le Lay), le fait d'être « formé en éducation thérapeutique ou en éducation de la santé » est un des facteurs associé au sentiment d'efficacité des médecins généralistes. (6) (7)
- **Un bénéfice en termes de santé publique** (moins d'exacerbation, donc moins d'hospitalisations, donc moins de dépenses de sécurité sociale). Comme l'avait déjà démontré le Dr Miller en 1972 pour les diabétiques, les bénéfices en termes de santé s'accompagnent de bénéfices en termes de coût, mais de façon moins flagrante pour les patients BPCO. En particulier, « un impact dans les douze mois est constaté sur les consultations médicales non programmées, en particulier auprès des médecins généralistes. Une seule étude marque un

impact important sur l'hospitalisation, mais cette étude concerne un programme complet et individualisé, particulièrement coûteux. Un tel programme ne semble alors pouvoir être mis en place que si un nombre suffisant de patients peuvent y être inclus. » (7) (8) (9) (10) (11) (5)

### **1.3. Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les 4 stades de l'éducation thérapeutique**

Selon les recommandations de l'OMS de juin 2007, « L'éducation thérapeutique du patient 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 ».

« Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psycho-social, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie ». (3)

L'ETP doit se réaliser en 4 stades (3):

#### 1) Bilan : que sait le patient ? (stade du diagnostic éducatif)

- Il s'agit de s'entretenir avec le patient afin de repérer son niveau de conscience de sa pathologie, mais également ses besoins et ses attentes du programme de l'ETP. Enfin, il est primordial de prendre en compte son contexte socio-économique, ses ressources personnelles et environnementales. En effet, le programme d'ETP ne marchera que si le patient est persuadé du caractère chronique de sa maladie, et de l'apport de l'ETP sur sa qualité de vie.

#### 2) Contrat : que lui reste-t-il à apprendre ?

En fonction des objectifs définis, formuler les compétences à acquérir. (Par exemple, la patiente veut aller chercher ses enfants à l'école, il s'agit donc de privilégier la réhabilitation à l'effort).

### 3) L'apprentissage (activités éducatives).

- L'activité éducative peut se faire en groupe ou en individuel. Un thème est développé lors de chaque séance. (Connaissances sur les mécanismes de la maladie, sevrage tabagique, traitements, bienfait de l'activité physique...)

### 4) L'évaluation

- L'évaluation est une composante essentielle de l'éducation thérapeutique. Elle porte sur les attentes du patient, sur la qualité de vie, et sur les connaissances acquises. Elle se déroule au début et à la fin de chaque session, afin de préciser l'axe à privilégier lors des séances et les progrès accomplis.

La différence entre les conseils (sevrage tabagique, démonstration de dispositifs inhalés, carnet de suivi, information sur les signes nécessitant un avis médical...) et l'ETP prodiguée au centre d'éducation réside :

- dans le respect de ces quatre stades,
- le temps imparti,
- la formation des intervenants.

Il existe une différence entre l'éducation informelle que délivre le médecin traitant au cours des consultations du patient bronchitique et l'éducation thérapeutique qu'il est possible de mettre en place. Beaucoup de généralistes encouragent le sevrage tabagique (par le conseil minimal), l'exercice physique, expliquent les traitements inhalés... Ces consignes sont importantes et contribuent logiquement à favoriser une prise de conscience de la maladie et une autonomisation du patient. Pour autant, on ne peut pas parler de programme d'éducation thérapeutique, car ces consignes ne remplissent pas les critères de l'ETP.

Le but de l'ETP est « l'empowerment » ou auto-gestion de la pathologie par le patient. Cette prise en charge par le patient n'est possible que si le patient est persuadé :

- d'être malade,
- du bien-fondé que peut lui apporter l'enseignement de l'ETP,
- et que l'avantage découlant du respect des conseils hygiéno-diététiques est supérieur au déplaisir engendré par les contraintes. (12)



## **1.4. Textes réglementaires sur l'ETP**

La loi HPST (Hôpital Patient, Santé Territoire) n° 879- 2009 du 21 juillet 2009 a intégré l'ETP dans le parcours de soins du patient. (13)

Cette loi mentionne des critères de qualité de l'ETP :

- L'ETP doit être réalisée en équipe, d'au moins deux personnes, dont au moins une formée à l'ETP.
- Le programme doit être préalablement défini, afin de cibler des objectifs thérapeutiques, une population cible, des modalités, les outils et les procédures d'évaluation. Enfin, un dossier d'éducation thérapeutique doit être constitué.
- Une coordination entre les différents acteurs du système de soins est indispensable au bon déroulement de l'ETP.
- Les données collectées ne peuvent être partagées sans l'accord du patient.
- Le patient doit être traité selon les règles de la déontologie.
- Enfin, le programme d'ETP doit être évalué en toute transparence.

## **1.5. Structures existantes, et champs d'application de l'ETP**

La plupart des structures d'ETP existantes sont dédiées au diabète, mais également à l'asthme et/ou l'allergie et/ou l'insuffisance respiratoire, à l'insuffisance cardiaque et/ou les coronaropathies et/ou les maladies cardiovasculaires, à l'obésité, à la cancérologie. Mais il existe également des « écoles du dos » pour les lombalgiques, des programmes d'ETP pour les patients atteints de VIH, d'addictions, de mucoviscidose, pour les patients allergiques (15 structures recensées pour la dermatite atopique ; cf. site consulté le 01.10.13 <http://www.fondation-dermatite-atopique.org>), pour les insuffisants rénaux chroniques, pour les Maladies Inflammatoires du Colon et de l'Intestin (MICI), pour les insuffisants hépatiques, pour les patients atteints de sclérose en plaque.

En réalité, toutes les pathologies chroniques susceptibles d'induire des complications sont candidates à l'éducation thérapeutique. « Selon l'OMS, les maladies chroniques comprennent les maladies non transmissibles dont les pathologies cardiovasculaires, le

diabète, l'asthme, la mucoviscidose, le cancer, les maladies neurodégénératives, et certaines maladies transmissibles persistantes dont l'infection au VIH, la tuberculose, l'hépatite C. Le concept de maladie chronique s'élargit aux troubles mentaux de longue durée comme la dépression et la schizophrénie, qui ont souvent une évolution chronique, aux handicaps physiques comme la cécité, l'amputation et aux problèmes de douleurs persistantes » (11). On peut également considérer les patients porteurs d'une stomie ou d'une greffe comme éligibles à une ETP.

## **1.6. Formation**

Il existe une recommandation légale de formation à l'ETP des futurs médecins, malheureusement encore trop peu mise en application dans la formation initiale. (11) (14)

Par ailleurs, il y a, sous divers intitulés, des Diplômes Universitaires (DU) d'ETP, ouverts dans plusieurs Facultés de médecine (dont celle de Limoges), consistant en au moins 110 heures d'enseignement sur l'ETP, accessibles aux professions médicales et paramédicales.

Un master d'ETP est accessible dans plusieurs Facultés de France (Bordeaux Chamalières, Tours, Paris, Rouen, Montpellier, Marseille, Lyon, Nancy, Lille).

Un certificat formant à l'ETP existe également.

La liste des formations à l'ETP disponibles en France est présentée en annexe 1.

## **1.7. Acteurs de l'ETP**

En France, l'offre d'ETP est variée mais également peu uniformisée. Une part importante des programmes d'ETP est réalisée à l'hôpital, par des médecins hospitaliers. Il existe tout de même des programmes où des infirmières spécialisées assurent le déroulement de l'ETP.

En Angleterre, l'ETP est assurée majoritairement par les médecins généralistes. En effet, ils sont évalués en fonction d'objectifs de santé publique, qui, s'ils sont atteints, donnent droit à des rémunérations. Par ailleurs, les médecins généralistes sont épaulés dans leurs tâches par des infirmières spécialisées (« community matrons »).

Aux USA, de façon inverse, la plupart des médecins généralistes se consacrent aux pathologies aiguës : il n'existait pas jusqu'ici de prise en charge satisfaisante des pathologies chroniques, et ce sont donc des entreprises privées qui embauchent des infirmières spécialisées (« disease managers ») pour assurer les programmes d'ETP par téléphone.

La Suisse est quant à elle un pays précurseur en Europe en ce qui concerne l'ETP. L'offre d'ETP est mixte : il existe des programmes d'ETP hospitaliers et ambulatoires. En ambulatoire, la rémunération du généraliste est assurée par une rémunération non pas à l'acte mais liée à la durée de la consultation (2).

## **2. Application de l'ETP à la Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)**

### **2.1. Rappels sur la BPCO**

La BPCO est une pathologie chronique responsable d'un trouble ventilatoire obstructif (TVO). Le TVO est objectivé par une diminution du rapport  $VEMS/CV < 70\%$ . ( $VEMS/CVF = \text{Volume Expiratoire maximal par seconde sur Capacité Vitale Forcée}$ ). La bronchite chronique obstructive, l'emphysème, l'asthme à dyspnée continue sont les mécanismes pourvoyeurs de TVO. Pour mémoire, le diagnostic de la bronchite chronique est posé lorsque qu'il existe une toux avec expectoration trois mois par an, pendant au moins deux ans. La broncho-pneumopathie chronique obstructive est l'association de ce tableau clinique de bronchite chronique et d'un trouble ventilatoire obstructif sur les EFR.

La BPCO est une maladie fréquente : bien que sous-diagnostiquée, on estime qu'en France, la BPCO touche plus de 3 millions de personnes de plus de 45 ans (parmi lesquelles 100 000 malades ayant besoin d'une aide instrumentale à domicile) (15).

C'est également une pathologie grave : 16 000 décès par an.

Enfin c'est une pathologie dont la prise en charge coûte cher : plus de 100 000 séjours hospitaliers annuels; elle génère plus de 3,5 milliards d'euros de dépenses de santé par an.

Pourtant la grande cause de la BPCO est évitable : le tabac. D'autres causes sont également accessibles à la thérapeutique : l'asthme vieilli, les infections à répétition dans

l'enfance, les expositions professionnelles à la poussière ou aux produits chimiques (en particulier silice, charbon, poussières végétales, moisissure). Seul le déficit congénital en alpha-1-antitrypsine est un facteur (rare) intrinsèque.

Les symptômes sont insidieux, et s'installent progressivement : toux grasse, expectorations, dyspnée, insuffisance respiratoire, exacerbation (surinfections bronchiques ou pneumopathie).

Les traitements sont déterminés en fonction du stade de la maladie, selon les critères établis par les recommandations GOLD (annexe 2). Le stade de la maladie est déterminé par le biais des Epreuves Fonctionnelles Respiratoires (EFR) (qui évalue le rapport VEMS/CVF). Les exacerbations peuvent être partiellement prévenues par une vaccination annuelle contre la grippe et tous les 5 ans contre le pneumocoque. La réhabilitation respiratoire a un effet positif sur la qualité de la vie, sur l'évolution de la maladie et sur la survenue des complications.

## **2.2. Intérêt de l'ETP dans la BPCO**

L'ETP a montré ses bénéfices de façon générale dans les pathologies chroniques. La pluridisciplinarité des intervenants en ETP permet une prise en charge globale faisant intervenir différentes thérapeutiques : allopathie, règles hygiéno-diététiques, réhabilitation à l'effort...d'où l'efficacité de l'ETP.

Comme c'est une pathologie fréquente, il est « rentable », tant dans le domaine de la morbi-mortalité qu'au niveau des dépenses de santé, de réaliser des programmes d'ETP. Les 3 millions de patients atteints de BPCO sont potentiellement améliorables par l'ETP.

La BPCO est également une maladie grave, et ses facteurs de déclenchement ou d'aggravation sont évitables. On peut donc logiquement espérer que l'ETP ralentisse l'évolution, ou évite des complications. Principalement, le sevrage tabagique a des répercussions positives sur la dégradation de la fonction respiratoire et peut éviter une aggravation vers l'oxygène-dépendance. L'apprentissage des signes d'exacerbation va amener le patient à consulter avant qu'une hospitalisation soit nécessaire.

Enfin, les patients atteints de BPCO sont, pour la plupart, encore autonomes et capables d'intégrer ces apprentissages.

## **2.3. L'ETP des patients atteints de BPCO dans le Limousin**

### **2.3.1. Le Centre Educatif Respiratoire localisé dans le centre d'examens de santé de Limoges (CER)**

Les médecins interrogés de notre étude ont participé à des formations continues, dans le cadre desquelles le Centre Educatif Respiratoire (CER), localisé dans le centre d'examens de santé de Limoges, a été présenté. Il fonctionne avec une Infirmière Diplômée d'Etat détentrice du DU d'ETP. Le recrutement des patients se fait par deux biais différents : d'une part, au cours des examens de santé gratuits proposés par la CPAM ; d'autre part, via des professionnels (pneumologues ou généralistes) qui adressent leurs patients. Lorsque les patients sont recrutés par le biais des examens de santé, ils bénéficient de séances de groupe, alors que lorsqu'ils sont adressés par les médecins traitants ou les pneumologues, ils sont orientés vers des séances individuelles.

Les séances se déroulent en quatre sessions, avec un thème particulier pour chaque session (la pathologie, les dispositifs d'inhalation, le sevrage tabagique, l'exercice physique).

A l'heure de l'écriture de ces lignes, la réduction des crédits de l'Agence Régionale de Santé a conduit à l'extinction de ce seul centre, dont l'évaluation par l'Observatoire Régional de Santé avait été très positive. Ce CER est désormais installé au sein du laboratoire d'EFR.

### **2.3.2. L'offre d'ETP aux patients BPCO du Limousin est réelle**

Sur Limoges et en Limousin, il existe :

- un service ambulatoire d'ETP et de rééducation à l'effort au 4<sup>ème</sup> étage du CHU, dans le service des EFR, dans le cadre d'un SSR (Soins de Suites et de Rééducation) d'affections respiratoires.
- Une structure de réentraînement à l'effort à domicile mise en place par l'ALAIR (Association Limousine d'Aide aux Insuffisants Respiratoires).
- une structure ambulatoire d'ETP et de rééducation à l'effort à la Clinique des Emailleurs.
- Un service d'hospitalisation pour rééducation à l'effort au centre de Sainte-Feyre.

### 2.3.3. Un exemple : L'ETP au sein du SSR affections respiratoires du CHU

Les séances sont des séances de groupes constituées d'environ six à huit personnes ; les conjoints sont invités à prendre part aux séances (cette initiative est encore peu exploitée par les patients). Chaque session comprend 4 à 5 ateliers, d'une durée d'une heure trente à deux heures. Les sessions sont assurées principalement par une infirmière détentrice d'un DU d'éducation thérapeutique, aidée par une kinésithérapeute qui a également reçu une formation sur l'ETP. Au cours de chaque atelier, un thème est développé :

- Connaissance de la pathologie ;
- Traitements et dispositifs d'inhalation ;
- Sevrage tabagique ;
- Activité physique ;
- Drainage bronchique. (Ces deux derniers ateliers sont parfois rassemblés.)

Ces séances sont dispensées dans le cadre d'un programme de réentraînement à l'effort. Actuellement les patients sont convoqués pour chaque atelier. Il se pose la question de regrouper l'ensemble des ateliers sur une à deux journées. En effet, cela permettrait :

- d'éviter une certaine déperdition de patients, inévitable lorsque les séances sont trop espacées;
- de garder le même groupe de patients de la première à la dernière séance et donc de bénéficier d'une certaine dynamique de groupe, aux bénéfices bien connus dans les programmes d'ETP ;
- et enfin, de ne comptabiliser que peu de séances de réhabilitation à l'effort, le mode de financement actuel décomptant une séance de réhabilitation pour chaque séance d'éducation.

Cinq documents sont joints en annexe 3 afin de mieux appréhender comment se déroulent ces séances d'ETP en pratique :

- le guide d'entretien initial ;
- le bilan d'évaluation partagé ;

- la planification des séances d'ETP, (ces trois premiers documents sont remplis au démarrage des séances d'ETP) ;
- le questionnaire visuel analogique de qualité de vie ;
- le questionnaire d'évaluation des connaissances sur la pathologie.

Ces deux derniers documents sont remplis en début et fin de programme, et sont primordiaux pour cibler les besoins du patient et objectiver les progrès réalisés.

# 2<sup>ème</sup> PARTIE : ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE AUX MEDECINS GENERALISTES

## 1. Méthode

Un questionnaire sur L'ETP du patient BPCO a été élaboré : trois parties sont distinguées pour explorer :

- les besoins des patients,
- le ressenti des médecins vis-à-vis de l'ETP,
- la connaissance des centres d'ETP.

Le questionnaire est présenté en annexe 4.

Ce questionnaire est basé sur celui d'une enquête auprès de pharmaciens créée pour la thèse soutenue en 2008 par Anne Jacquet, docteur en pharmacie. (16).

Dans un souci de rentabilité et d'efficacité, la plupart des questions sont rédigées sous la forme de QCM à quatre items (« jamais », « parfois », « souvent », « toujours »).

Ce questionnaire a été distribué aux médecins généralistes lors de cinq soirées de formation continue sur la BPCO et ses traitements, lors de l'hiver 2012 (de novembre 2011 à avril 2012), dans les communes de Limoges (pour quatre soirées), et Nexon (une soirée). 51 questionnaires ont été distribués et collectés, dont 40 sont complets. 11 autres questionnaires comportent des omissions à un nombre limité de questions. Ce questionnaire est présenté en annexe 3.

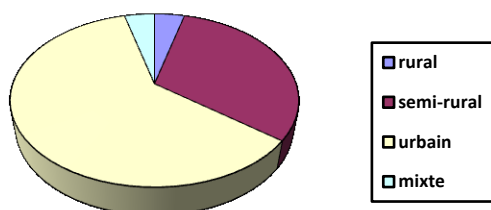
## 2. Résultats

### 2.1. La participation

51 médecins ont reçu un questionnaire et y ont répondu. Les données sur leur exercice professionnel (secteur rural/urbain, installé ou remplaçant, commune d'exercice, exercice seul ou en groupe), l'âge ou le sexe ont été recueillies.



Figure 1 : répartition des médecins interrogés par type de secteur.



Comme on peut le voir sur la Figure 1, 29 médecins, (60% des interrogés) pratiquent un exercice en milieu urbain, et 15 (31 % des praticiens) en semi rural. Seuls 2 (4%) des médecins interrogés exercent en milieu rural.

La population interrogée est majoritairement installée (98%, contre 2% de remplaçants).

Les participants exercent majoritairement à Limoges (49%). 19% des participants exercent dans des communes avoisinantes (Isle, Aixe-sur-Vienne, Condat-Sur-Vienne, Bosmie-l'Aiguille, le Palais-Sur-Vienne, Rilhac-Rancon, Beaunes-Les-Mines). 22% exercent dans des communes plus lointaines, comme Saint-Just-Le-Martel (18 km), Pierre-Bufferière (25km), Nexon (30 km), Saint-Yrieix-la-Perche (46 km), La Souterraine (49 km).

Le mode d'exercice des médecins interrogés est plutôt le groupe (62% contre 38% d'exercice seul).

L'âge moyen est de 51 ans. Les médecins interrogés sont majoritairement des hommes (72%, contre 28% de femmes).

## 2.2. Les besoins des patients

La première partie du questionnaire s'attache à mieux connaître les besoins des patients, en matière d'information sur la pathologie de la BPCO.

### 2.2.1. Le patient connaît-il sa maladie ?

Il s'agit de savoir dans ces premières questions quel est le niveau de connaissance des patients BPCO sur leur pathologie.

Tableau 1 : réponses des médecins interrogés sur la connaissance de la maladie par les patients.

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Le patient vous paraît-il conscient de sa maladie ?	2% (1)	<b>80%</b> (41)	18% (9)	0
Selon vous, connaît-il la signification du terme BPCO ?	29% (15)	<b>63%</b> (32)	8% (4)	0
Pose-t-il des questions sur sa maladie ?	0	<b>75%</b> (38)	24% (12)	2% (1)
Pose-t-il des questions sur son traitement ?	2% (1)	<b>63%</b> (32)	33% (17)	2% (1)
Pose-t-il des questions sur le bénéfice de l'activité physique ?	<b>51%</b> (26)	39% (20)	10% (5)	0
Pose-t-il des questions sur le sevrage tabagique ?	4% (2)	<b>55%</b> (28)	35% (18)	6% (3)
Le malade a-t-il clairement compris le caractère chronique de son affection ?	2% (1)	45% (23)	<b>49%</b> (25)	4% (2)
Vous donne-t-il l'impression de connaître les risques liés à sa maladie ?	12% (6)	<b>82%</b> (42)	6% (3)	0

(Remarque : dans un souci de lisibilité, les pourcentages sont arrondis au chiffre le plus près, c'est pourquoi il peut arriver que le total des scores des 4 items soit supérieur à 100%)

Selon ces résultats, aux yeux des médecins, les patients sont globalement peu conscients de leur pathologie : en effet, 80%, soit 41 questionnaires montrent que les patients sont parfois conscients de leur pathologie, et seulement 18% (soit 9 des questionnaires) montrent que les patients sont souvent conscients de leur maladie. Seul un médecin a répondu que ses patients bronchitiques ne lui paraissaient jamais conscients de la maladie. Aucun des médecins n'a répondu que les bronchitiques paraissaient toujours conscients de leur maladie.

Concernant l'intérêt que les patients portent à leur traitement, à l'activité physique ou au sevrage tabagique, une majorité de médecins constate que les patients les interrogent peu (jamais ou parfois): respectivement 65 % pour le traitement, 90 % pour l'activité physique et 59% pour le sevrage tabagique.

Si on synthétise, il apparaît que les patients ont des connaissances très partielles sur leur maladie. En particulier, ils ne connaissent pas les risques liés à leur pathologie. (82% donnent parfois l'impression de connaître les risques et 12% ne donnent jamais cette impression, soit 94% au total).

A la fin de ce premier paragraphe de questions, il est logique de faire la part sur la demande d'informations de la part des patients et sur le rôle que veut se donner le généraliste dans cette transmission de savoir :

Tableau 2 : réponses des médecins généralistes sur leur rôle en matière d'information sur la pathologie.

	Oui	Non
Le patient vous paraît-il globalement demandeur ?	34% (16)	<b>68%</b> (34)
Pensez-vous avoir un rôle éducatif dans ce domaine ?	<b>98%</b> (49)	2% (1)

68% (34) des généralistes estiment que leurs patients ne sont pas demandeurs de connaissances sur leur pathologie, 34% (16) estiment que leurs patients sont demandeurs d'informations. Un des médecins interrogés n'a pas répondu à cette question.

De ce fait, plus de 98% (49) des médecins interrogés sont conscient d'avoir un rôle éducatif dans ce domaine, seul 2 %, soit un médecin, pense ne pas avoir de rôle éducatif. Un des médecins interrogés n'a pas renseigné cette question.

### 2.2.2. Le patient connaît-il son traitement ?

Ce paragraphe explore l'utilisation des traitements inhalés et des autres traitements.

Tableau 3 : réponses des médecins interrogés sur la connaissance du traitement par le patient

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Devrait-il bénéficier de démonstrations sur l'utilisation des traitements inhalés ?	0	2% (1)	39% (20)	<b>59%</b> (30)
Devrait-il bénéficier d'explications sur l'intérêt des traitements de fond ?	0	0	41% (21)	<b>59%</b> (30)
Devrait-il bénéficier de contrôle de l'observance du traitement ?	0	10% (5)	<b>59%</b> (30)	31% (16)
Devrait-il bénéficier d'aide au sevrage tabagique ?	0	6% (3)	39% (20)	<b>55%</b> (28)
Devrait-il bénéficier d'information sur les attitudes dangereuses ?	2% (1)	2% (1)	47% (24)	<b>49%</b> (25)

Il apparait clairement que d'après ces chiffres, les médecins interrogés estiment qu'il existe des besoins criants en termes d'éducation thérapeutique des patients

A la fin de ce deuxième paragraphe dans le questionnaire, l'implication du patient et du médecin est à nouveau estimée :

Tableau 4 : réponses des médecins interrogés sur leur rôle dans l'information sur les traitements

	Oui	Non
Le patient vous paraît-il globalement demandeur ?	36% (18)	<b>64%</b> (32)
Pensez-vous avoir un rôle éducatif dans ce domaine ?	<b>100%</b> (49)	0

Malgré leurs besoins, la majorité des patients ne sont pas du tout demandeurs d'informations sur leur traitement selon 64% des médecins interrogés (soit 32 médecins). 36% des interrogés estiment que les patients sont peu demandeurs d'informations. Nous pouvons remarquer que 100% des médecins pensent avoir un rôle éducatif sur les connaissances du traitement, ce qui souligne leur grande implication.

## 2.3. L'ETP dans la consultation de médecine générale

### 2.3.1. L'ETP dans la consultation de médecine générale : implication des généralistes et obstacles à la réalisation de l'ETP en consultation

Dans la deuxième partie du questionnaire, les questions cherchent à préciser les points de vue des médecins sur l'ETP.

Tableau 5 : place de l'ETP dans les consultations de médecine générale.

	OUI	NON
Considérez-vous que vous pouvez accorder assez de place à l'éducation thérapeutique ?	14% (7)	<b>86%</b> (44)
Si ce n'est pas le cas, est-ce par manque de temps ?	<b>93%</b> (41)	7% (3)
Si ce n'est pas le cas, est-ce par manque de formation ?	<b>59%</b> (26)	41% (18)
Si ce n'est pas le cas, est-ce par manque d'adhésion de la part du patient ?	<b>67%</b> (29)	33% (14)
Pensez-vous que l'éducation thérapeutique du patient doit être développée ?	<b>100%</b> (45)	0

86% des médecins ont répondu « non » à la question « considérez-vous que vous pouvez accorder assez de place à l'éducation thérapeutique au cours de votre consultation ? »

Si les médecins n'accordent pas assez de place à l'ETP au sein de leur consultation, c'est principalement par « manque de temps » pour 93%, soit 41 médecins sur 44, puis par « manque d'adhésion du patient » (67% soit 29 médecins sur 43).

Le manque de formation est beaucoup moins franc que le manque de temps ou le manque d'adhésion du patient : si 59% des médecins n'accordent pas assez de place à l'ETP par « manque de formation », 41% s'estiment assez formés.

Cependant 100% des médecins sont pour le développement de l'ETP (soit 45 médecins sur 45) : ce pourcentage signe, encore une fois, l'implication de tous les médecins

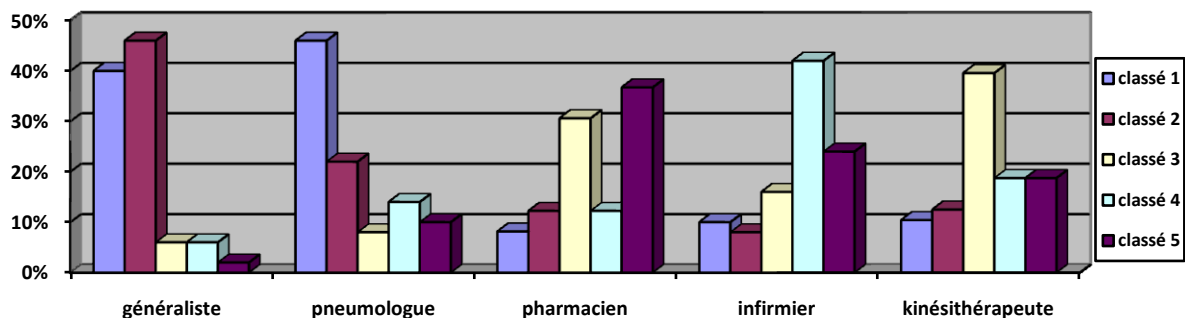
pour le développement de l'ETP. (Nous signalons que 6 médecins n'ont pas répondu à cette question).

### 2.3.2. Acteurs de l'ETP

Qui doit assurer l'ETP ? Selon l'OMS, n'importe quel professionnel de santé impliqué dans le suivi d'un patient atteint d'une pathologie chronique. La question suivante explore les avis des généralistes sur ce point.

A cette fin, nous avons posé la question suivante aux médecins : « qui, selon vous, doit assurer l'éducation thérapeutique du patient BPCO ? Classer les professions suivantes par ordre d'importance, de 1 à 5 : le médecin généraliste, le pneumologue, le pharmacien, l'infirmier(e), le kinésithérapeute. » La Figure 2 présente les résultats obtenus.

Figure 2 : histogramme du classement des professionnels qui doivent assurer l'ETP, selon les généralistes interrogés.



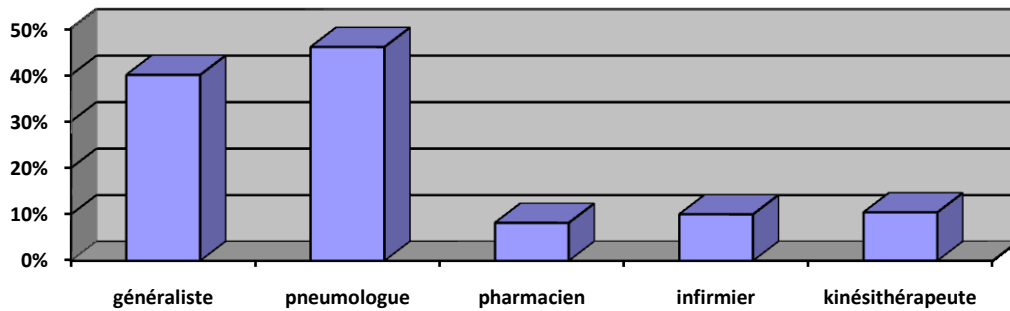
On constate que le pneumologue est le plus souvent classé premier (plus grande barre bleue), le médecin généraliste classé second (plus grande barre prune), le kinésithérapeute classé 3<sup>ème</sup>, l'infirmier classé 4<sup>ème</sup> et le pharmacien 5<sup>ème</sup>.

Il existe deux autres méthodes pour interpréter ces résultats : en fonction du nombre d'interrogés qui ont attribué le classement premier à chaque item (profession), et en fonction du nombre de points.

#### a) Fréquence des classements en première position par profession

Quelle profession a le plus souvent été classée en premier ? La Figure 3 vous présente les scores obtenus par chacune des professions.

Figure 3 : réponses des généralistes : qui ont-ils classé premier pour assurer l'ETP?

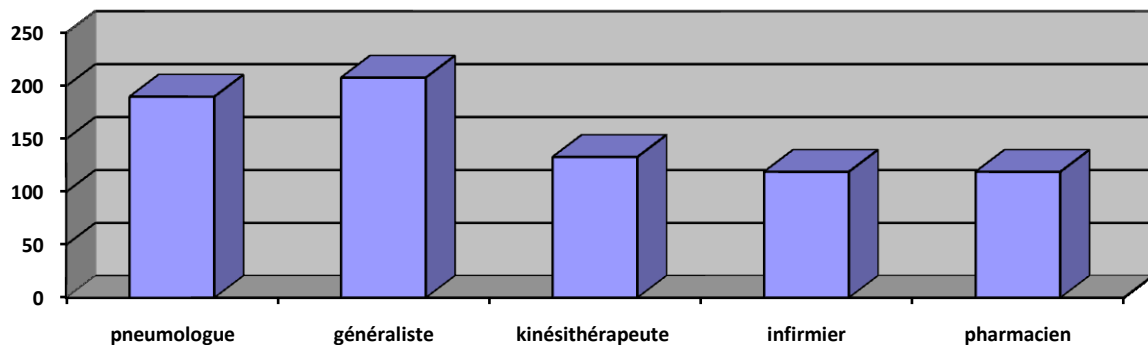


En synthèse, il apparaît que selon les médecins interrogés, le pneumologue et le généraliste devraient être les premiers acteurs de l'ETP. En effet, le pneumologue recueille 46% des voix des médecins (soit 23 médecins sur 50) en tant que premier acteur, le médecin généraliste 40% (20 médecins sur 50), le kinésithérapeute 10% des voix (5 médecins sur 48), l'infirmier 10% des voix (soit 5 médecins sur 50), le pharmacien 8% (4 médecins sur 49).

#### **b) en fonction du nombre de points**

Afin d'exploiter l'ensemble des réponses des médecins interrogés, il convient de prendre en compte les items qu'ils ont classés autrement que premier : lorsqu'on convertit les classements en points en attribuant 5 points chaque fois qu'un item est classé premier, 4 points chaque fois qu'un item est classé second, 3 points chaque fois qu'il est classé troisième, etc., on obtient un classement légèrement différent (Figure 4).

Figure 4 : classement des professionnels qui devraient assurer l'ETP, selon les médecins interrogés, en fonction de leur nombre de points.

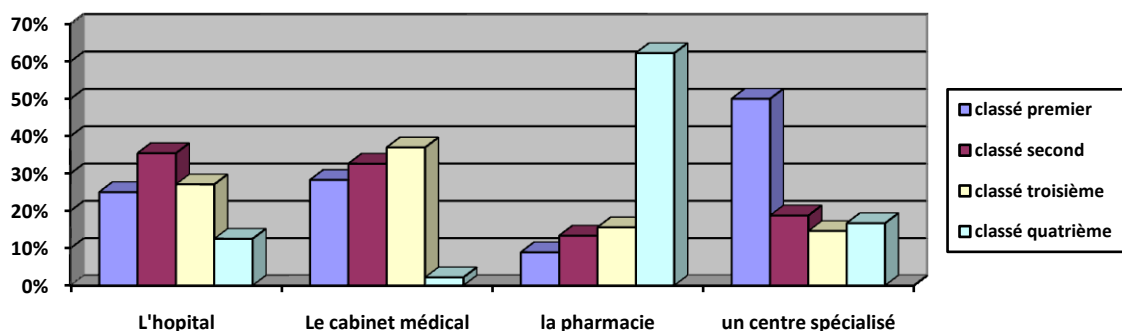


Le médecin généraliste passe devant le pneumologue, avec 208 points, contre 190 pour le pneumologue, le kinésithérapeute obtient 133 points, le pharmacien est à égalité avec l'infirmier à 119 points.

### 2.3.3. Lieux de l'ETP

En ce qui concerne les lieux de l'ETP, les médecins ont des opinions plus variables comme le montre la Figure 5. Cette figure récapitule les réponses obtenues à la question : « où, selon vous, l'ETP doit-elle être pratiquée ? Classer de 1 à 4 les propositions suivantes : à l'Hôpital, au cabinet médical, à la pharmacie, dans un centre spécialisé, dédié à l'ETP. »

Figure 5 : lieux où devrait être assurée l'ETP, selon les généralistes interrogés.



Sur cet histogramme, il ressort que le centre spécialisé est le plus souvent classé premier, et la pharmacie la plus souvent classée dernière. L'hôpital est le plus souvent classé 3<sup>ème</sup> et le cabinet médical 4<sup>ème</sup>, mais leurs scores respectifs sont serrés.



Les pourcentages obtenus sont très partagés entre les différents lieux : aucun des quatre lieux proposés n'a obtenu une majorité de score.

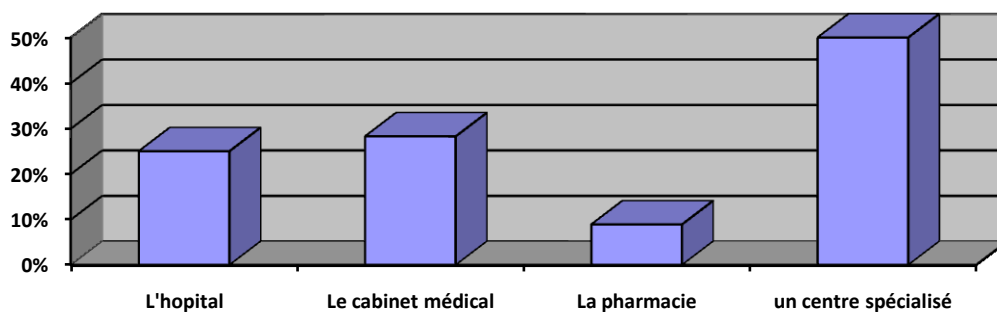
Il est cependant à noter que la consigne de classement des items n'a pas été suivie de façon égale par l'ensemble des médecins interrogés : 3 médecins n'ont pas répondu à cette question, et 3 autres médecins n'ont classé que 1, 2 ou 3 items sur les 4.

Comme pour la question précédente, il s'agit d'exploiter au mieux les données obtenues. Aussi, nous allons nous intéresser dans un premier temps aux lieux classés premiers, puis, dans un deuxième temps, au nombre total de points obtenus par chaque lieu, selon une méthode similaire à celle présentée dans le paragraphe précédent.

#### a) Lieux classé en premier

La Figure 6 illustre les lieux classés en premier par les médecins généralistes et leurs scores respectifs :

Figure 6 : lieux où doit être assurée l'ETP selon les généralistes interrogés en fonction du nombre de médecins généralistes qui les ont classés premier.

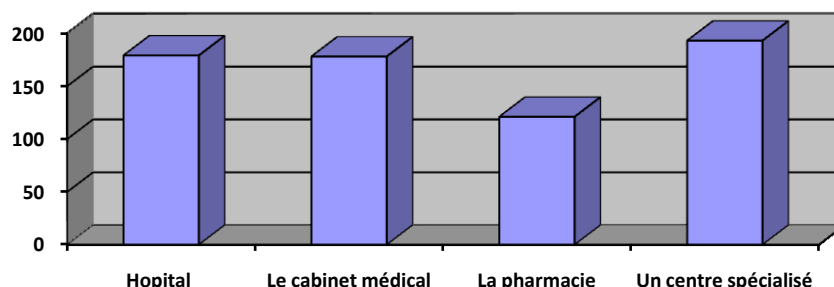


On peut établir la conclusion suivante : selon 50% des médecins interrogés (soit 24 médecins), le centre spécialisé doit être le lieu privilégié de l'ETP. Viennent ensuite : le cabinet médical (28% des médecins interrogés, soit 13 médecins), puis l'hôpital (25% des médecins interrogés, 12 médecins) et enfin la pharmacie (9% des médecins interrogés soit 4 médecins).

**b) Classement des lieux où doit être assurée l'ETP, en fonction de leur nombre de points obtenus**

De la même façon que pour la question précédente, nous allons exploiter l'ensemble des réponses des médecins interrogés en attribuant selon le même système des points aux items en fonction de leur classement (4 points lorsque l'item est classé premier, 3 points lorsque l'item est classé second, etc). Les résultats obtenus sont présentés sur la Figure 7.

Figure 7 : classement des lieux où devrait être assurée l'ETP, selon les médecins interrogés, en fonction de leur nombre de points.



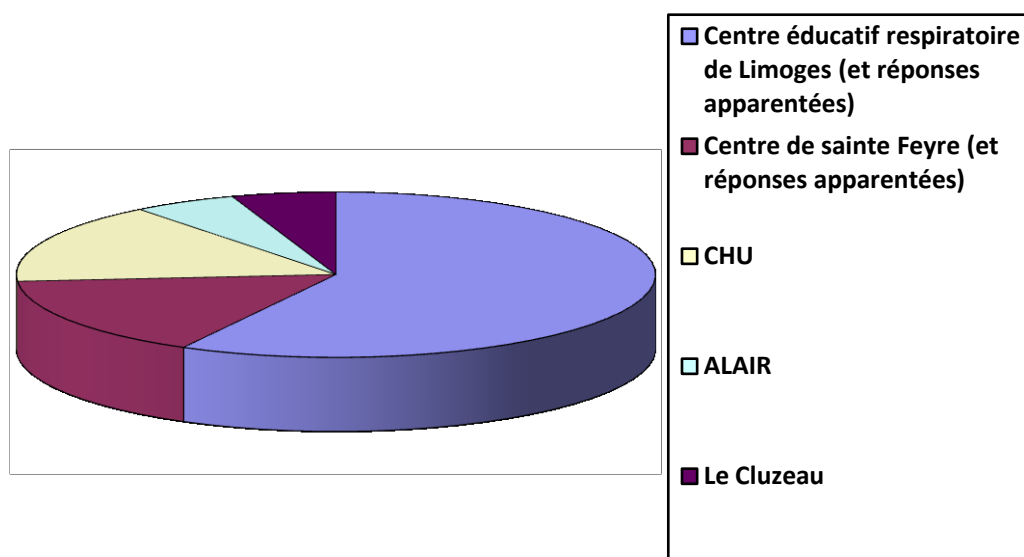
En appliquant le même système d'attribution de points qu'aux questions précédentes sur les acteurs de l'ETP, on obtient le classement suivant : Le centre spécialisé obtient le meilleur score (193 points), suivi de l'hôpital et du cabinet médical (respectivement 179 et 178 points), puis de la pharmacie (121 points).

**2.3.4. Dispositions des médecins généralistes interrogés vis-à-vis du travail en réseau.**

La plupart des médecins interrogés sont en faveur d'un travail en réseau, ainsi que le montrent les résultats : 78% des médecins (soit 36 médecins sur les 46 qui ont répondu à la question). Cependant, 10 médecins sur 46 (soit 22%) ont tout de même répondu « non » à la question : « pensez-vous que les médecins généralistes devraient travailler en réseau ? »

60% des médecins (soit 30 médecins sur 50) estiment connaître des structures d'ETP dans la région. 19 médecins parmi ces 30 citent des structures d'ETP reconnues, comme le montre la Figure 8.

Figure 8 : citations des structures d'ETP par les médecins interrogés.



Enfin, quand on leur demande s'ils connaissent le centre éducatif respiratoire de Limoges, 60% disent le connaître (soit 30 médecins sur 50).

Tableau 6 : réponses des médecins interrogés sur leurs dispositions à prescrire de l'ETP

	OUI	NON
Médecins prêts à prescrire des séances d'ETP	<b>98%</b> (47)	2% (1)
Médecins prêts à participer à une étude sur 6 mois	<b>82%</b> (37)	18% (8)

La très grande majorité des médecins est à la fois prête à prescrire des séances d'ETP (98% des médecins soit 47 médecins sur 48) et à faire un essai sur six mois (82% des médecins, soit 37 médecins sur 45).

### 3. Discussion

#### 3.1. Biais et limites

##### 3.1.1. Biais liés aux questionnaires

Les questionnaires ont été distribués lors de séances de formation médicale continue sur la BPCO, ce qui entraîne nécessairement un biais de sélection : on peut supposer que les

médecins interrogés ont des patients BPCO et sont intéressés par une soirée de formation sur la BPCO et l'éducation thérapeutique. De plus le mode de collecte, direct et immédiat, a probablement eu un effet positif sur le taux de réponses.

Le questionnaire a été distribué en période hivernale, propice aux exacerbations et donc aux consultations de médecine générale d'urgence, et donc moins propice aux explications sur la pathologie.

### **3.1.2. Biais liés à la population**

Par souci de simplicité d'accès, la connaissance des patients, vis-à-vis de la maladie et de leurs traitements, a été évaluée à travers les réponses des médecins interrogés. Les réponses obtenues en questionnant directement les patients auraient peut-être été différentes. Par exemple, on peut s'interroger : la quête d'information sur la BPCO et ses traitements de la part des patients n'a-t-elle pas été sous-estimée ? En effet, dans notre enquête, nous avons obtenu des chiffres de 68% de patients non demandeurs d'informations sur leur pathologie et de 64% de patients non demandeurs d'informations sur leurs traitements. Pourtant, il est actuellement reconnu que les patients recherchent des informations (par exemple sur internet), et qu'ils n'hésitent pas à faire état de leurs recherches lors des consultations.

Notre échantillon de médecins interrogés est entièrement libéral. Ces médecins sont majoritairement installés, exerçant à Limoges, en groupe. Notre population interrogée est majoritairement masculine.

Selon les chiffres communiqués par le conseil de l'ordre des médecins, (17), la moyenne d'âge de notre population de médecins interrogés est relativement proche des médecins en activité régulière dans le Limousin (51 ans, contre 53 ans pour les médecins généralistes en activité régulière dans le Limousin, et 51 ans pour la Haute-Vienne.).

La proportion des médecins interrogés installés en cabinet isolé est relativement proche de la moyenne régionale : 38%. Effectivement, 43% des généralistes du Limousin exercent en cabinet seul en 2003 (18).

Dans notre population, 72 % sont des hommes et 28% des femmes. Les données démographiques montrent que 27% des généralistes libéraux du Limousin sont des femmes (18).

Ainsi, selon ces critères, l'échantillon de médecins interrogés peut être considéré comme représentatif de la population des médecins du Limousin.

Toutefois, notre population de médecins interrogés a quelques caractéristiques sensiblement différentes des caractéristiques moyennes de la population de médecins généralistes de Haute-Vienne ou du Limousin.

Les médecins interrogés sont tous des médecins libéraux ; or, une fraction non négligeable des médecins généralistes en Limousin ont une activité salariée ou mixte. En Limousin, 25 % des médecins généralistes n'exercent pas en libéral en 2003 (18).

En ce qui concerne la répartition par milieu (urbain, semi rural ou rural), la comparaison est rendu malaisée par la définition subjective du milieu et par le manque de données existantes à disposition. Ceci étant dit, seulement 2 % des médecins exercent en secteur rural dans notre étude; ils sont donc très probablement sous-représentés. Ce fait vient d'un biais de sélection lié aux lieux des formations médicales continues (Limoges et communes avoisinantes pour quatre sessions sur cinq, une session à Nexon).

## **3.2. Des besoins criants**

### **3.2.1. Des malades qui semblent mal connaître leur BPCO**

Les patients auraient besoin d'ETP, mais ne la recherchent pas. Selon les résultats de notre questionnaire, il apparaît que 80% des médecins interrogés pensent que les patients n'ont des connaissances que très partielles sur leur maladie, mais qu'ils ne sont pas demandeurs d'information pour autant. 68% des médecins le déplorent. En effet, selon les résultats du questionnaire, les patients seraient peu conscients de leur pathologie. Une des pistes d'explication possible est que la BPCO est une pathologie insidieuse, dont la gravité s'accroît imperceptiblement au fil des années. Il n'y a pas de début brutal ou d'aggravation soudaine, qui puisse permettre au patient de se rendre compte des capacités et du souffle perdus.

Selon la majorité des médecins interrogés, les patients ne posent que parfois ou jamais des questions sur leur traitement, l'exercice physique ou le sevrage tabagique. Ce résultat corrobore ceux de Boris Godenir dans son étude qualitative auprès de médecins généralistes, en 2011, qui retrouve un taux de 70% de patients non demandeurs d'ETP (2).

Là encore, on pourrait se poser la question de savoir s'il s'agit d'un manque d'intérêt véritable de la part des patients ou si ce pourcentage n'est pas surévalué par les médecins interrogés. Il n'est pas exclu que les patients passent par un canal d'information autre que leur médecin : internet, revues spécialisées, magazines télévisés sur la santé et donc paraissent non demandeurs d'information alors qu'en réalité ils s'informent ailleurs. Auquel cas, en distribuant un questionnaire aux patients, il n'est pas exclu que nous aurions eu des résultats différents.

Concernant le sevrage tabagique, le phénomène est moins marqué que pour l'exercice physique : les médecins sont 59 % à déplorer que les patients ne posent « jamais » ou « parfois » des questions sur le sevrage tabagique, contre 90% de constat identique sur l'activité physique. Les patients mettent en cause un peu plus leur tabagisme que leur manque d'activité physique. Deux raisons peuvent être invoquées pour expliquer cet état de fait : d'une part, le tabac étant un des principaux responsables de la BPCO, beaucoup de patients atteints sont des fumeurs ; d'autre part, la promotion pour l'exercice physique est plus discrète et récente que la lutte contre le tabac. Celle ci fait l'objet de campagnes de communication de façon claire et visible depuis au moins 20 ans.

Un des points marquants est qu'une proportion non négligeable des patients semble malgré tout avoir compris le caractère chronique de leur maladie (53% des médecins répondent que le patient a compris le caractère chronique « souvent » ou « toujours ») alors qu'à la question suivante (« Vous donne-t-il l'impression de connaître les risques liés à sa maladie ? »), ils donnent l'impression de ne pas connaître les risques liés à la maladie. Cela est assez paradoxal: ne pas comprendre la gravité de sa BPCO tout en admettant qu'il s'agit d'une maladie chronique amène la réflexion qui suit.

- Soit les patients n'évoquent pas les complications et l'évolution défavorable de leur maladie avec leurs médecins, mais pour autant, la connaissent. Ils sont « résignés » et dans ce cas il serait opportun de rappeler qu'il existe des recours (traitements, kinésithérapie, amélioration de l'hygiène de vie...) qui permettent d'améliorer notablement la qualité de vie.
- Soit les patients ignorent réellement les complications de la BPCO.

Dans les deux cas, l'ETP a toute sa place...

68 % des médecins généralistes déplorent donc que leurs patients ne soient globalement pas demandeurs d'informations sur leur pathologie, et la totalité (100%) des médecins reconnaît avoir un rôle éducatif en ce domaine. On aurait pu penser que « le manque d'adhésion du patient » et leur inertie, du moins apparente, puisse entraîner un phénomène de lassitude chez les médecins traitants. Or, force est de constater que, loin de se désintéresser du problème, les médecins se sentent très investis dans l'ETP. Ainsi, 87% des médecins généralistes interrogés dans le bassin de Chambéry se prononcent en faveur du développement de l'ETP pour les patients BPCO (2).

### **3.2.2. Des lacunes sur les traitements**

#### **a) Des dispositifs inhalés mal utilisés**

Selon les médecins interrogés, la plupart des patients devraient pouvoir bénéficier de démonstrations sur les dispositifs d'inhalations et d'explications sur l'intérêt des traitements de fond. En effet, 59% des médecins répondent que les patients devraient toujours bénéficier de démonstration des dispositifs inhalés, et 59% également répondent que les patients devraient bénéficier d'explications sur leurs traitements de fond.

Il a déjà été démontré que la maîtrise des traitements inhalés n'est pas acquise chez la totalité des patients qui les utilisent. Dans une étude récente, la majorité des patients atteints de BPCO effectuait des erreurs critiques dans leur technique d'utilisation des dispositifs inhalés (19). L'étude note également qu'une part importante des patients qui utilisent mal leurs dispositifs n'a pas eu de démonstrations dans les six mois précédents. Les auteurs en concluent qu'une prise de conscience de la mauvaise utilisation des traitements est nécessaire et qu'une démonstration régulière du dispositif est primordiale. Ces résultats corroborent nos propres observations : un rappel de l'utilisation des dispositifs doit être régulièrement répété.

Les médecins interrogés soulignent également la nécessité de contrôler l'observance des patients. En effet, les études sur l'observance montrent globalement une observance correcte (au moins 80% des prises) chez 60% (au maximum) des patients dans le monde et moins de 50% des patients dans les pays développés (20; 21). Dans notre étude, on réalise que nos patients BPCO sont, comme tous les autres patients, assez inobservants. Par ailleurs, comme nous l'avons déjà souligné, la BPCO est une maladie aux signes peu bruyants : la toux est banalisée (« toux du fumeur... »), la dyspnée est évitée en diminuant les efforts. Ceci

entraîne une sédentarisation et donc une désadaptation progressive à l'effort, ce qui accroît la dyspnée. Les médicaments, quand ils diminuent ces symptômes, sont progressivement arrêtés.

### **b) Un sevrage tabagique peut-être négligé**

L'aide au sevrage tabagique est jugée toujours nécessaire par seulement 55% de nos médecins interrogés. C'est pourtant une mesure primordiale de stabilisation de la BPCO : on aurait pu donc s'attendre à un pourcentage plus élevé. L'arrêt du tabac permet en effet un ralentissement de l'évolution défavorable, voire une amélioration. Comment expliquer cette valeur relativement basse ? Les médecins se sentent-ils capables de gérer le sevrage tabagique sans aide extérieure ? Ou alors le sevrage tabagique n'est-il plus proposé par un certain nombre de médecins généralistes par lassitude ? Dans les recommandations de L'HAS de janvier 2014 sur le sevrage tabagique, un dépistage systématique du tabagisme est préconisé, pour chaque nouveau patient. Un médecin spécialiste, un centre anti-tabac pourraient être proposés aux patients.

### **c) Des attitudes dangereuses**

Enfin, l'information sur les attitudes dangereuses (automédication, banalisation des exacerbations de toux ou de la fièvre, absence de vaccination contre le pneumocoque et la grippe...) est également « toujours nécessaire » selon 49% des médecins interrogés, et « souvent nécessaire » selon 47 % des médecins interrogés, soit 96% au total.

Ces résultats concernant les connaissances des patients sur la BPCO et leurs traitements montrent que les patients sont à la fois peu demandeurs d'explications et pourtant peu informés sur leurs traitements. Et là encore, comme dans la première partie de notre questionnaire, malgré l'attitude (au moins en apparence) peu impliquée des patients, on remarque encore une fois que l'ensemble des médecins généralistes se sent concerné dans l'ETP de leur patient, aussi bien dans notre étude que dans celle de Boris Godenir.



### **3.3. La place de l'ETP en médecine générale en inadéquation avec l'importance que lui accordent les médecins généralistes.**

Dans notre étude, les médecins généralistes se sentent concernés par l'ETP, mais ne peuvent pas réaliser cette ETP au cours de leurs consultations habituelles, principalement par manque de temps (selon 93% des médecins interrogés), de formation (selon 59% des médecins), et de participation du patient (selon 67% des patients). Boris Godenir, dans son étude sur l'ETP des patients BPCO dans le bassin chambérien, rapporte des résultats similaires : (2)

- 55% des médecins déclarent ne pas pratiquer d'ETP par manque de temps
- 34,5% par manque de formation
- 28% du fait des patients

#### **3.3.1. Le manque de temps**

Dans notre étude, comme dans celle de Boris Godenir (2), c'est le premier frein à l'ETP avancé par les généralistes. En effet, le temps de consultation moyen en France est 17 minutes pour les médecins généralistes de secteur 1 (22). Ce temps est également extrêmement variable d'un médecin à l'autre, et même d'un patient à l'autre, mais reste entre 15 et 30 minutes dans la plupart des consultations. Par ailleurs, les patients porteurs d'une ou plusieurs pathologies chroniques représentent souvent une proportion large dans une patientèle : il est impossible de réaliser une ETP pour chacun d'entre eux...

#### **3.3.2. Le manque de formation**

Les médecins interrogés ont également évoqué leur manque de formation en ETP. En effet, le temps de cours sur l'ETP pendant leurs études se réduit à quelques heures seulement (23). La formation des médecins généralistes les orientent vers le diagnostic, le suivi de la pathologie, et le traitement des épisodes aigus, mais pas vers une ETP. Partant de ce constat, N. Roche et P. Serrier suggèrent dans « le rôle du généraliste dans la BPCO » (24), des pistes d'amélioration de la pratique quotidienne, en particulier :

- recourir aux pneumologues et aux EFR pour un diagnostic le plus précoce possible et un suivi optimal,

- ainsi qu'à des outils simples et éprouvés comme la courbe de Fletcher (annexe 4)
- insister sur le sevrage tabagique,
- et anticiper l'automédication en favorisant le diagnostic et la gestion des exacerbations.

### **3.3.3. Le manque d'adhésion de la part du patient**

Plus encore que le manque de formation, le manque d'adhésion de la part du patient est pointé du doigt pour expliquer le manque de place attribué à l'ETP dans les consultations de médecine générale. 68% dans notre étude, 28% dans celle de B. Godenir. Les patients du Limousin seraient ils moins réceptifs que ceux du bassin chambérien ?

## **3.4. Acteurs et lieux de l'ETP**

### **3.4.1. Les médecins, premiers acteurs de l'ETP...selon eux.**

Selon les médecins interrogés, l'ETP doit être assurée par les médecins généralistes (40% des voix, 208 points) et les pneumologues (46% des voix, 190 points). La place du pharmacien est variable en fonction du barème de classement, soit en troisième place, soit en dernière place. Il en va de même avec le kinésithérapeute classé en dernière place et en troisième place. L'infirmier est classé en quatrième et dernière place, quel que soit le barème. Ces résultats apportent plusieurs indications.

Malgré la difficulté, les médecins généralistes se montrent réticents à déléguer l'ETP. Nos résultats relèguent aussi l'infirmier à la quatrième place, alors qu'au centre d'éducation respiratoire et au CHU, les infirmières assurent l'ETP, dans des domaines aussi variés que le diabète, l'obésité, les pathologies cardio-vasculaires, la BPCO. C'est également le cas aux USA. Enfin, dans le domaine psychiatrique par exemple, le médecin psychiatre et l'infirmière de secteur œuvrent tous deux pour un objectif commun, chacun conservant son rôle et ses fonctions. Cet exemple illustre la complémentarité des deux métiers.

Un autre argument peut être mis en avant pour promouvoir le rôle de l'infirmier dans l'ETP du patient : un médecin adressera beaucoup plus facilement son patient à un infirmier qu'à un autre médecin, toute suspicion de « détournement » de patientèle étant écartée.

Quant au pharmacien, son classement est également décevant : troisième ou dernière place, en fonction du barème appliqué. Pourtant, dans la thèse d'Anne Jacquet, le rôle du pharmacien dans l'ETP est mis en valeur. Il ressort de cette étude que le pharmacien, délivreur des dispositifs inhalés, et professionnel de santé de proximité, a un rôle important à jouer dans l'ETP du patient. Les travaux récents de Magali Beaudrant-Boga, d'Aline Gery et Fleur Meille, et d'Allenet & Al (24) (25) (27) (28) (site consulté [www.ipcem.org](http://www.ipcem.org) le 14.02 2014) abondent dans ce sens.

Enfin, le kinésithérapeute est lui aussi étonnamment mal classé (dernière ou troisième place en fonction du barème), alors qu'au CHU, les séances d'ETP sont assurées conjointement par une infirmière et une kinésithérapeute (en particulier, une séance sur le drainage bronchique est assurée spécifiquement par la kinésithérapeute). Dans les centres de réhabilitation à l'effort, les kinésithérapeutes participent à l'ETP des patients, en travaillant sur les bénéfices de l'activité physique. Dans la BPCO, la réhabilitation respiratoire a fait la preuve de son efficacité et rompt le cercle dyspnée-désentraînement à l'effort-désadaptation : le kinésithérapeute est l'acteur principal de cette réhabilitation.

Selon les recommandations de l'OMS, « tout professionnel de santé impliqué dans la prise en charge d'un patient ayant une maladie chronique peut proposer et réaliser l'ETP »(2). Par ailleurs, dans les nouvelles recommandations, la formation initiale et continue des kinésithérapeutes doit être enrichie sur cette intervention. (29)

Comparons nos résultats à ceux de Boris Godenir (2) : les intervenants de l'ETP cités par les médecins généralistes sont, comme dans notre étude, prioritairement, le médecin généraliste et le pneumologue. Au contraire, dans son étude, l'infirmière est mieux classée : 3<sup>ème</sup> profession la plus citée, aux dépens du kinésithérapeute qui est 4<sup>ème</sup>. Notons par ailleurs que le pharmacien n'est pas du tout cité spontanément par les généralistes interrogés.

En conclusion, les médecins généralistes se considèrent comme les premiers intervenants de l'ETP, malgré les obstacles qu'ils déplorent eux-mêmes. Ce qui souligne leur investissement, mais aussi, probablement, leur manque de connaissance sur la réalité de la pratique de l'ETP. En France et ailleurs, celle-ci est largement assurée par des paramédicaux. Dans le rapport Jacquat de 2010, l'auteur déplore que contrairement aux autres pays européens, en France, seuls les infirmiers et dans une moindre mesure les kinésithérapeutes

bénéficient de cours sur l'ETP dans leur formation initiale. Les médecins, généralistes comme spécialistes, n'en bénéficieraient pas, selon Mr Jacquat (30).

### **3.4.2. Le centre spécialisé, lieu privilégié de l'ETP**

Le centre spécialisé apparaît comme le lieu privilégié de l'ETP pour 50 % de notre population de médecins interrogée. En effet, le fait de pratiquer l'ETP dans un lieu neutre comme un centre spécialisé regroupe plusieurs avantages : n'importe quel praticien, généraliste ou spécialiste, qu'il exerce en ville, à l'hôpital, ou en clinique, peut facilement adresser ses patients à ce centre. Le patient, quant à lui, n'a pas d'a priori sur ce lieu qu'il découvre. L'hôpital, la clinique, le cabinet d'un médecin autre que le médecin traitant, peuvent être chargés de représentations (positives ou négatives) de la part du patient.

Le cabinet médical récolte 13 voix, ce qui est un score un peu étonnant au vu des réponses en faveur d'une ETP assurée par des médecins. On en tire la conclusion suivante : les médecins sont disposés à ce que l'ETP ne soit pas forcément assurée dans un cabinet médical, mais ne sont pas encore disposés à confier cette tâche à des professions paramédicales.

L'hôpital et la pharmacie obtiennent les deux derniers classements. Là aussi, il existe une discordance entre la représentation des médecins interrogés et la réalité : la plupart des programmes d'ETP en France sont des programmes hospitaliers... (30). Pour expliquer ce fait, rappelons qu'historiquement, ce sont dans les centres de santé publics, avec l'intervention des spécialistes qu'est née l'éducation thérapeutique. Citons, par exemple, Jean-Philippe Assal qui, dès 1975, crée dans son service d'endocrinologie de l'hôpital universitaire de Genève une unité de traitement et d'enseignement du diabète (31). Par ailleurs, l'hôpital rassemble en un même lieu les différents intervenants d'un programme d'ETP (infirmière, médecin, kinésithérapeute). Enfin, depuis 2005, il existe des fonds alloués à l'ETP pour les hôpitaux, ce qui a encouragé à monter des programmes d'ETP dans ces établissements. De ce fait, dans la pathologie diabétique, l'éducation thérapeutique du patient se fait principalement en milieu hospitalier, même s'il émerge des programmes comme SOPHIA (conseil téléphonique par infirmière et internet, lancé par la CPAM) et la notion de patients experts de l'Association Française des Diabétiques (AFD).

Quant à la place de la pharmacie, elle est en rapport logique avec le mauvais classement accordé aux pharmaciens, mais là encore, des études, comme celle d'Anne Jacquet, montrent que la pharmacie peut être un lieu d'ETP (16) (24). A la suite de plusieurs travaux de recherches (24) (25) (27) (28), il existe une impulsion favorisant l'ETP à l'officine de pharmacie. (32) (33). Il existe un organisme, le Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française ou CESPARM, dédié à la prévention et à l'éducation thérapeutique du patient par les pharmaciens.

En appliquant le même système d'attribution de points qu'à la question précédente sur les acteurs de l'ETP, nous avons noté que l'hôpital et le cabinet médical sont respectivement 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> de notre classement, à un point près (178 et 179 points), ce qui semble plus en corrélation avec la réalité.

Enfin, notons que les pourcentages obtenus sont très partagés entre les différents lieux : aucun item n'a obtenu de majorité absolue. Ceci montre des avis très partagés.

Pour comparer une fois encore notre étude à celle de Boris Godenir (2), la population de médecins généralistes de Chambéry citait le cabinet médical en premier lieu, puis le lieu dédié (qu'on peut rapprocher du « centre spécialisé, dédié à l'ETP » de notre questionnaire) et l'hôpital. On remarque donc que nos médecins du Limousin citent moins souvent le cabinet médical, peut-être parce que nos questionnaires ont été distribués lors de séances de formation médicale continue où l'on évoquait le Centre Educatif Respiratoire de Limoges.

### **3.5. Des médecins prêts à travailler en réseau mais des patients qui n'aboutissent pas au centre d'ETP**

Les résultats de notre étude montrent des médecins prêts à travailler en réseau à 78%, et qui connaissent également les structures existantes (à 60%). Cependant il est à noter qu'ils citent majoritairement des structures où l'ETP est dispensée au cours de programmes de réhabilitation à l'effort (en hospitalisation ou en ambulatoire). Force est de conclure que les structures où l'ETP se déroule sans réhabilitation à l'effort, comme le Centre Educatif Respiratoire de Limoges, gagneraient à se faire connaître. Et pourtant...le centre éducatif respiratoire de Limoges est connu par 60 % de nos médecins interrogés. Cette conclusion est malheureusement conforme aux données de la littérature qui soulignent la nécessité d'une

meilleure collaboration entre la médecine de ville et la médecine hospitalière (30) (34). Cela permettrait d'augmenter le nombre de patients orientés vers ces structures.

On s'étonne de ne voir aucun patient finalement parvenu aux séances d'ETP au CER, au terme de la distribution de ces questionnaires. Constat identique à celui de Boris Godenir qui regrette qu'aucun patient n'ait été adressé à « l'Ecole de l'Asthme et de la BPCO » par un médecin généraliste en 2010, et seulement 1 en 2009.

Si les patients ne parviennent pas jusqu'au centre d'ETP, cela est-il parce que les médecins généralistes ne les adressent pas, ou bien parce que les patients n'y vont pas ? Pour tenter de le savoir, nous avons donc recontacté une quinzaine de médecins qui avaient accepté de remplir notre questionnaire plusieurs mois auparavant et nous leur avons posé trois questions supplémentaires : « Avez-vous adressé des patients BPCO à des séances d'ETP ? » « Si non, pourquoi ? » et « Avez-vous rencontré des résistances de la part du patient lors de l'orientation vers des séances d'ETP ? »

Une douzaine de médecins ont accepté de répondre de façon informelle. 5 d'entre eux ont essayé d'adresser ou ont adressé des patients en ETP. 7 autres n'ont pas évoqué l'ETP à leurs patients.

Parmi ces 5 médecins qui ont évoqué l'ETP à leurs patients :

- 2 médecins ont adressé leurs patients à un centre autre que le CER (soit au Centre de Sainte-Feyre soit au Cluzeau),
- les 3 autres ont essuyé des refus (de la part de 2 à 3 patients chacun).

Les motifs de refus de prise en charge en ETP par les patients qui ont été rapportés par ces trois médecins sont :

- Le manque de temps : « quand on va à l'hôpital on y passe la demi-journée, on attend beaucoup », et le manque de motivation : « dès que le patient se sent mieux, il se désintéresse de sa pathologie ».
- Le manque de « compatibilité des horaires des centres d'ETP avec les horaires de travail ».
- Le manque de motivation : « les patients ne sont pas prêts, sont encore dans le schéma maladie = médicaments. »

Parmi les 7 médecins qui n'ont pas adressé de patients à l'ETP :

- 1 médecin n'exprime aucune justification ;
- 1 autre évoque le manque de temps ;
- 1, l'absence de connaissance de structure d'ETP ;
- 2, le manque d'occasion ;
- 2 médecins adressent les patients BPCO, à partir d'un certain seuil de gravité, au pneumologue, en laissant à ce spécialiste l'initiative des séances d'ETP.

Il n'est pas possible d'établir une analyse, qu'elle soit statistique ou qualitative, de ces quelques réponses. Cependant, il en ressort un « ressenti » : il existe des raisons à la fois liées aux patients (manque de motivation) et aux médecins (7 médecins sur 12 ont déclaré n'avoir adressé aucun patient à l'ETP), ainsi que des raisons pratiques liées aux modalités de l'ETP (horaires, facilité d'abord...) qui expliquent les obstacles entre le patient et l'ETP.

Enfin, pour essayer de mieux appréhender le refus de suivi par un professionnel de l'ETP, nous nous sommes mis en relation avec une professionnelle de l'ETP du CER. Selon son expérience, le refus de suivi par les patients est vraisemblablement bas. Par ailleurs, ce refus de suivi est plus notable chez des patients adressés par les professionnels de santé (généralistes ou spécialistes), que chez les patients recrutés dans un programme d'ETP via un bilan de santé. L'adhésion est effectivement meilleure quand la démarche est une démarche volontaire du patient, le bilan de santé étant basé sur le volontariat. De plus, lorsque le patient est adressé par un généraliste ou un spécialiste, les séances sont des séances individuelles, il ne profite donc pas de la dynamique du groupe, élément positif reconnu dans les programmes de réhabilitation respiratoire.

En effet, dans les rapports d'activités du CER (Centre d'Education Respiratoire, localisé au centre d'examen de santé de Limoges), Mme Florence Jouanny note une proportion non négligeable de patients qui, adressés par des médecins pneumologues de ville, n'ont pas cherché à contacter le CER (35) (36) (37).

En effet, en 2011, sur 22 nouveaux patients:

- 7 ont été recrutés à la suite d'un examen de santé ;
- 8 étaient adressés par un pneumologue ;

- et 7 autres patients ont été adressés par des pneumologues (lettre à l'appui) mais n'ont pas pris contact avec le CER.

En 2012, sur 6 nouveaux patients, 5 ont été adressés par des pneumologues, 1 par un médecin généraliste tabacologue. Cette diminution annuelle du nombre de patients pris en charge fait suspecter un grand nombre de défections, mais elles n'ont pas pu être comptabilisées.

Il existe ainsi, une proportion non négligeable de patients adressés qui ne bénéficient pas de l'ETP, par manque d'adhésion de la part du patient.

### **3.6. Perspectives**

Constatons simplement qu'il existe un grand nombre de patients bronchitiques qui seraient éligibles à l'ETP, et qui n'en bénéficient pas. D'où une perte des bénéfices individuels et collectifs qu'on aurait pu attendre de cet ETP.

Nous avons vu que pour augmenter le nombre des patients en ETP, il faut améliorer la relation ville-centre d'ETP. Quelques pistes peuvent être exploitées : dans un article de 2007 sur la politique à mener en France en termes d'éducation thérapeutique (38), Mrs Grimaldi et Halimi faisaient le constat de la difficulté de changement de conception et de comportement des médecins prescripteurs. Ils proposent ainsi pour favoriser le changement de comportement des prescripteurs, le développement de réseaux et des interactions entre les prescripteurs et les centres de compétences en ETP, et une rémunération non pas à l'acte, ni à la performance mais au forfait.

En effet, une rémunération à l'acte favorise la multiplication des actes. Une rémunération à la performance peut avoir des effets pervers : l'éthique et l'efficacité d'une rémunération sur des résultats d'exams biologiques reste à prouver. Une rémunération au forfait permettrait de rémunérer à sa juste valeur le surplus d'énergie et de temps que requiert un diabétique compliqué/non contrôlé ou un fumeur/ un oxygène-dépendant par rapport à un diabétique équilibré ou un BPCO débutant, par exemple.

La rémunération au temps de consultation comme en Suisse, pourrait également être une piste de réflexion.



Un modèle de soins participatif pour la prise en charge des patients BPCO est proposé au Québec : il commence à être mis en place des équipes interdisciplinaires, avec la création de cliniques de médecins de famille qui assurent soins et services. Cette organisation permet de mieux centrer les actions sur le développement du partenariat avec le patient, et ses besoins au quotidien. Le patient apprend à devenir plus à même de juger de ses symptômes et d'en apprendre le contrôle (38) (39) (40).

# CONCLUSION

La BPCO est une pathologie couramment rencontrée en médecine générale, aux conséquences non négligeables. Il est bien démontré que son lourd tribut pourrait être allégé par une plus grande application des principes de l'ETP.

Cependant, malgré une volonté manifeste des médecins traitants et un besoin de la part des patients, cette étude confirme que plusieurs facteurs (manque de temps, manque de formation, mauvaise compliance du patient) empêchent la pleine réalisation de l'ETP au cabinet de ville.

Les résultats mettent en évidence des pistes d'amélioration possibles de la pratique de l'ETP : les patients manquent de connaissances, et les généralistes se sentent concernés par la mission d'éducation thérapeutique, mais du fait des conditions d'exercice, l'ETP ne peut être entièrement assurée au cabinet. La solution pourrait être d'adresser les patients aux centres spécialisés en ETP. Seuls ces centres spécialisés ont les moyens humains et matériels pour mettre en œuvre l'ETP telle qu'elle est recommandée par l'HAS. L'ETP serait prescrite au même titre qu'un traitement médicamenteux ou une réhabilitation à l'effort. La promotion des structures existantes d'ETP s'avère donc vivement souhaitable.

Cependant, la diffusion des coordonnées des centres d'ETP semble ne pas suffire. Ceci, du fait, d'une part, d'un faible recours à la prescription d'ETP de la part des professionnels de santé ; d'autre part, d'un manque de motivation de la part du patient. Afin d'augmenter le nombre réel de patients réalisant effectivement les séances d'ETP, une pérennisation des programmes d'ETP doit être opérée. A cette fin, quelques pistes restent à explorer : à titre d'exemple, les modalités de réalisation de l'ETP pourraient être remaniées, afin d'intégrer le généraliste comme un intervenant pivot au sein d'une équipe multidisciplinaire ; ou encore, la rémunération du soignant pourrait être révisée, afin de mieux prendre en compte l'investissement professionnel nécessité par les pathologies chroniques.

## Références bibliographiques

1. **Miller LV, Goldstein V.** *More efficient care of diabetic patients in county-hospital setting.* N Engl J Med. , 1972, Vol. 286:1388-97.
2. **Godenir B.** *L'éducation thérapeutique du patient atteint de broncho pneumopathie chronique obstructive dans le bassin Chambérien : évaluation des pratiques en Médecine Générale et propositions pour l'avenir.* Thèse de doctorat de médecine, Université de Grenoble, 2011, 118 p.
3. **Haute Autorité de Santé,** *Education thérapeutique du patient : Définitions, finalités et organisation.* recommandations, Juin 2007.
4. **Peytremann-Bridevaux I., Staeger P., Bridevaux PO., Ghali WA.** *Effectiveness of chronic obstructive pulmonary disease-management programs: systematic review and meta analysis.* 3, Am J Med, 2008, Vol. 121, 433-443.
5. **Effing T., Monninkhof EEM., van der Valk PP.,** *Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease (Review)* The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd, 2009.
6. **Gautier A., dir. et Fournier C., Buttet P., Le Lay E.** *Baromètre santé médecins généralistes 2009, Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale.* Saint Denis : INPES, Baromètre Santé, 2011, 266 p.
7. **Bourbeau J., Collet JP., Schwartzman K., Ducruet T., Nault D., Bradley C.,** *Economic benefits of self-management education in COPD.* Chest, 2006, Vol. 130(6):1704-11.
8. **Bourbeau J., Nault D., Dang-Tan T.,** *Self-management and behaviour modification in COPD.* Patient Educ Couns, 2004, Vol. 52(3):271-7.
9. **Gallefoss F.,** *The effects of patient education in COPD in a 1-year follow-up randomised, controlled trial.* Patient Educ Couns, 2004, Vol. 52(3):259-66.
10. **Gallefoss F., Bakke PS.,** *Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of self-management in patients with COPD--a 1-year follow-up randomised, controlled trial.* Respir Med, 2002, Vol. 96(6):424-31.
11. **Haute Autorité de Santé, service Evaluation médico économique et santé publique.** *Analyse économique et organisationnelle de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. Enquêtes descriptives.* 2007.
12. **Grimaldi A.,** *La place de l'éducation thérapeutique dans le traitement des maladies chroniques.* Paris : XXI journée de l'Ordre, 6 novembre 2008.
13. **LOI n° 2009-879** du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients la santé et aux territoires. *Journal Officiel.* 22 juillet 2009.
14. **Ministère de la Santé et des Sports,** Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. *Journal Officiel de la république française* du 4 août 2010.
15. **Brenard E. et al.,** *Prévalence de la BPCO: estimation en France.* La Lettre du Pneumologue, 2005, Vol. 7: 158-163.
16. **Jacquet A.,** *Education thérapeutique du patient bronchitique chronique : rôle du pharmacien.* Université de Limoges : Thèse de doctorat de pharmacie, 2008, 131p.
17. **Rault JF.,** *Atlas de la démographie médicale régionale, région Limousin.* Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2013, 58 p.
18. **Observatoire Régionale de la Santé,** *Les professionnels de santé : les médecins.* Thème "offre et consommation de soin", fiche 22, 2003, 4 p.
19. **Batterink J., Dahri K., Aulakh A., Rempel C.,** *Evaluation of the Use of Inhaled Medications by Hospital Inpatients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.* Can J Hosp Pharm. 2012 Mar-Apr; 65(2): 111-118.

20. **Organisation Mondiale de la Santé**, *Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action*. 2003.
21. **Margot S.**, *L'observance thérapeutique des patients atteints de BPCO au cours de leur réhabilitation pulmonaire (2ème partie)*. Kinésithérapie scientifique. 2013/07; (545) : 31-41, 2013.
22. **Jakoubovitch S., Bournot M-C., Cerier E., Tuffreau F.**, *Les emplois du temps des médecins généralistes*. 797, Etudes et Résultats, mars 2012, 8 p.
23. **Foucaud J., Moquet M J., Rostan F., Hamel E., et al.** *État des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France : résultats d'une analyse globale pour 10 professions de Santé*. 12, Evolutions, avril 2008.
24. **Serrier N., Roche P.**, *Le rôle du généraliste dans la BPCO*. Le Concours Médical , 2008; 130:435-9.
25. **Allenet B.**, *Pour que l'éducation thérapeutique devienne pour le pharmacien une posture de travail*. Issue 1, Pages 1-78, EM Annales Pharmaceutiques Françaises, janvier 2014, Vol. Volume 72,.
26. **Baudrant M, Rouprêt J, Trout H, Certain A, Tissot E, Allenet B.** *Therapeutic education : what could be the role of the pharmacist?* J Pharm Clin, 2008, Vol. 27(4):201-4.
27. **Beaudrant Boga M.**, *Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux : modélisation d'une intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien*. Grenoble : Thèse de doctorat de Modèles, méthodes et algorithmes en biologie santé et environnement, Université Joseph Fourier, 2009, 361 p.
28. **Gery A., Meille F.** *Mise en œuvre d'un programme d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de BPCO dans les services de Pneumologie adulte des hôpitaux de Thonon et Grenoble, Thèse de Doctorat en Pharmacie*. Grenoble : Université Joseph Fourier, 2009, 282 p.
29. **Ministère de la Santé et des Solidarités.** *Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) (2005-2010) « Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO »*. 2011, 70 p.
30. **Jacquat D.**, *Education thérapeutique du patient Propositions pour une mise en oeuvre rapide et pérenne*. juin 2010, 65 p.
31. **Lagger G., Chambouleyron M., Lasserre-Moutet A., Golay A., et al.** *Éducation thérapeutique Ire partie : origines et modèle*. 5, Genève, Suisse : Médecine, mai 2008, Vol. 4. 223-6.
32. **Faure S.**, *Module 22 : éducation thérapeutique du patient cardiaque*. supplément au n° 507, s.l. : Les carnets de formation pharmaceutique continue, 2ème trimestre 2011.
33. **Dreux C., Blanchet F.**, *L'éducation thérapeutique des patients : une ardente obligation pour les pharmaciens*. n°405, p.487-491, Les Nouvelles Pharmaceutiques : bulletin trimestriel de l'Ordre des pharmaciens, Décembre 2009. ISSN 1157-8475.
34. **Saout C., Charbonnel B., Bertrand D.** *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient, rapport de Messieurs Saout, Charbonnel et Bertrand*. septembre 2008, 165 p.
35. **Jouanny, F.** *Rapport d'activité du CRESLI 2011*.
36. —. *Rapport d'activité du CRESLI 2012*.
37. —. *Rapport d'activité du CRESLI 2013*.
38. **Halimi S., Grimaldi A.**, *Prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques: éducation thérapeutique et/ou "disease management"?* 2, Médecine des maladies Métaboliques -, juin 2007, p 80-82, Vol. 1.
39. **Bourbeau J., Saad N.**, *COPD: success needs implementing a participative care model and early treatment*. 30, 93-94, Revues des Maladies Respiratoires, 2013.

40. **Morgan MD.**, *Action plans for COPD self management. Integrated care is more than the sum of its parts.* 66 (11): 935-6, Thorax, 2011.
41. **Trappenburg JC., Monninkhof EM., Bourbeau J. et al.** *Effect of an action plan with ongoing support by a case manager on exacerbation-related outcome in patients with COPD: a multicentre randomised controlled trial.* 66 (11): 977-84, Thorax, 2011.

# **Table des annexes**

Annexe 1 : liste des formations en ETP disponibles en France .....	63
Annexe 2 : recommandations GOLD .....	68
Annexe 3 : documents supports lors des séances d’ETP au SSR affections respiratoires .....	70
Annexe 4 : questionnaire distribué lors de notre étude .....	78
Annexe 5 : courbes de Fletcher .....	80
Annexe 6 : modèle de la porte tournante de Proschaska et Di Clemente.....	81

## Annexe 1 : liste des formations en ETP disponibles en France

(source : <http://www.inpes.sante.fr/FormationsEpS/liste.asp>, consulté le 10/11/13)

### DIPLOMES UNIVERSITAIRES :

Aquitaine :	DU <a href="#">Méthodes et pratiques de la promotion de la santé</a>	33 - Bordeaux
	DU <a href="#">Principes de l'intervention en promotion de la santé</a>	33 - Bordeaux
Basse-Normandie	DU <a href="#">Chargé de projet en éducation pour la santé</a>	14- Hérouville St Clair
Bourgogne	DU <a href="#">Edu-santé, les éducations en santé : de l'éducation pour la santé à l'éducation thérapeutique du patient</a>	21- Dijon
Bretagne	DU <a href="#">De l'information à la concordance : l'éducation du patient</a>	29- Brest
	DU <a href="#">Promotion de la santé, éducation pour la santé, éducation thérapeutique du patient</a>	35- Rennes
Centre	DIU <a href="#">Education pour la santé - Education thérapeutique</a>	28- Chartres et 37- Tours Poitiers
Franche-Comté	DU <a href="#">Éducation thérapeutique</a>	25- Besançon

Haute-Normandie	DU <a href="#">Education des patients</a>	76 - Rouen
Ile-de-France	DU <a href="#">Formation à l'éducation thérapeutique en e-learning</a>	75- Paris
	DU <a href="#">Education thérapeutique, maladies chroniques et ostéo-articulaires</a>	75- Paris
	DU <a href="#">Education thérapeutique et accompagnement dans les maladies chroniques</a>	75- Paris
	DU <a href="#">Éducation thérapeutique, prévention et maladies chroniques</a>	75- Paris
	DU <a href="#">Educations en santé : Prévention et Réduction des inégalités de santé</a>	93- Bobigny
Languedoc-Roussillon	DU <a href="#">Formation des professionnels de santé à l'éducation pour la santé des patients</a>	34- Montpellier
Limousin	DU « <a href="#">Prévention et éducation du patient – maladies chroniques prévalentes</a> »	87- Limoges
Lorraine	DU <a href="#">Projet en Promotion de la santé</a>	54- Nancy
Midi-Pyrénées	DIU <a href="#">Education pour la santé</a>	31- Toulouse
	DU <a href="#">Education thérapeutique</a>	31- Toulouse



Pays-de-Loire	DU <a href="#">Education thérapeutique du patient</a>	49- Angers
	DU <a href="#">Education thérapeutique du patient, éducation pour la santé</a>	44- Nantes
Picardie	DU <a href="#">De l'éducation thérapeutique du patient à l'alliance thérapeutique</a>	80-Amiens
La Réunion	DU <a href="#">Education et Prévention des Maladies Chroniques DU d'éducation thérapeutique EPMC, à La Réunion et à Mayotte</a>	974 - La Réunion
Provence - Alpes Côte d'Azur	DU <a href="#">Education thérapeutique du patient et maladie chronique</a>	06 - Nice

## MASTERS

Aquitaine	Master <a href="#">Psychologie de la santé</a>	33- Bordeaux
	Master 2 professionnel <a href="#">Promotion de la santé et développement social</a>	33- Bordeaux
Auvergne	Master 2 professionnel <a href="#">Master « Education et santé publique », spécialité : « éducation à la santé des enfants, adolescents et jeunes adultes »</a>	63- Chamalières
Centre	Master 2 professionnel <a href="#">Biologie, Santé, Alimentation, spécialité « Promotion et gestion de la santé », option " Prévention, éducation et promotion de la santé "</a>	37- Tours
Haute-Normandie	Master 2 professionnel <a href="#">Spécialité Ingénierie de l'éducation à la santé et de l'éducation thérapeutique</a>	76 - Rouen
Ile-de-France	Master éducation thérapeutique	75 - Paris
	Master 2 professionnel <a href="#">Méthodologie des interventions en santé publique</a>	75 - Paris
	Master 1ère et 2e année <a href="#">Éducation clinique et santé, spécialisée éducation et santé</a>	93 - Bobigny
Languedoc-Roussillon	<a href="#">Master « Prévention, Education pour la Santé, Activité Physique »</a>	34 - Montpellier
Lorraine	Master <a href="#">Master Santé Publique et Environnement, spécialité « Intervention en promotion de la santé »</a>	54 - Nancy
Nord-Pas-de-Calais	Master professionnel <a href="#">Pratiques et politiques locales de santé</a>	59 - Villeneuve d'Ascq

	Master <a href="#">Métiers de l'éducation pour la santé, de la prévention et de la promotion de la santé</a>	59 - Lille
Provence-Alpes Côte d'Azur	1ère et 2e année <a href="#">Prévention et éducation pour la santé</a>	13 - Marseille
Rhône-Alpes	Master 2e année <a href="#">Promotion et éducation pour la santé</a>	69 - Lyon

#### AUTRES DIPLÔMES

Aquitaine	Certificat <a href="#">Evaluation des actions et des systèmes de santé</a>	33 - Bordeaux
Bretagne	Certificat <a href="#">Certificat en Promotion de la santé des populations : Modalités et stratégies d'action</a>	35 - Rennes
Nord-Pas-de-Calais	Licence <a href="#">Sciences de l'Education Parcours Education, formation, santé</a>	59 - Lille
	Certificat <a href="#">Education pour la santé, éducation thérapeutique du patient</a>	59 - Lille

## Annexe 2 : recommandations GOLD

(Source : site internet [www.medscape.fr](http://www.medscape.fr) consulté le 14.02.2014)

### Classification GOLD en fonction des résultats spirométriques

VEMS > à 80 % du VEMS prédit	GOLD1 : BPCO légère
VEMS compris entre 50 et 80 % du VEMS prédit	GOLD2 : modérée
VEMS compris entre 30 et 50 % du VEMS prédit	GOLD3 : sévère
VEMS inférieur à 30 % du VEMS prédit	GOLD4 : très sévère

### Quatre catégories de risque combiné de BPCO

PATIENTS	Caractéristiques	Classification spirométrique	Exacerbations par an	mMRC (score au questionnaire modified Medical Research Council)	CAT (Score COPD Assessment Test)
A	Risque faible Peu de symptômes	GOLD 1-2	$\leq 1$	0-1	<10
B	Risque faible Symptômes importants	GOLD 1-2	$\leq 1$	$\geq 2$	$\geq 10$
C	Haut risque Peu de symptômes	GOLD3-4	$\geq 2$	0-1	<10
D	Haut risque Symptômes importants	GOLD3-4	$\geq 2$	$\geq 2$	$\geq 10$

## Recommandations Global Obstructive Lung Disease

<b>Groupe A</b>	Première ligne	Anticholinergiques à courte durée d'action à la demande ou bêta 2 agonistes à courte durée d'action à la demande
	Deuxième ligne	Anticholinergiques à longue durée d'action ou bêta 2 agonistes à longue durée d'action ou association bêta 2 agonistes et anticholinergiques à courte durée d'action et à la demande
	Choix alternatif	Théophylline
<b>Groupe B</b>	Première ligne	Anticholinergiques à longue durée d'action ou bêta 2 agonistes à longue durée d'action
	Deuxième ligne	Anticholinergique à longue durée d'action associé à des bêta 2 agonistes à longue durée d'action
	Choix alternatif	Bêta 2 agonistes à courte durée d'action associés ou non à des anticholinergiques à courte durée d'action
<b>Groupe C</b>	Première ligne	Corticostéroïdes inhalés associés à des bêta 2 agonistes à longue durée d'action ou des anticholinergiques à longue durée d'action
	Deuxième ligne	Anticholinergiques à longue durée d'action associés à des bêta 2 agonistes à longue durée d'action
	Choix alternatif	Inhibiteurs de la phospho 4 diestérase Ou bêta 2 agonistes à courte durée d'action associés à des anticholinergiques à courte durée d'action Ou théophylline
<b>Groupe D</b>	Première ligne	Corticostéroïdes inhalés associés à des bêta 2 agonistes à longue durée d'action ou des anticholinergiques à longue durée d'action
	Deuxième ligne	Corticostéroïdes inhalés associés à des anticholinergiques à longue durée d'action
		Corticostéroïdes inhalés associés à des bêta 2 agonistes à longue durée d'action et des anticholinergiques à longue durée d'action
		Corticostéroïdes inhalés associés à des bêta 2 agonistes à longue durée d'action et des inhibiteurs de la phospho 4 diestérase
		Bêta 2 agonistes à longue durée d'action associés à des anticholinergiques à longue durée d'action
		Bêta 2 agonistes à longue durée d'action associés à des inhibiteurs de la phospho 4 diestérase
	Choix alternatif	Carbocystéine Bêta 2 agonistes à courte durée d'action associés ou non à des anticholinergiques à courte durée d'action Théophylline

GOLD, l'initiative globale pour la BPCO reçoit des financements d'AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Chiesi, Dey Pharmaceutical, Forest Laboratories, GlaxoSmithKline, Gruppo Ferrer, Merck Sharpe and Dohme, Nonin Medical, Novartis, Nycomed, Pearl Therapeutics, Pfizer.

## Annexe 3 : documents supports lors des séances d'ETP au SSR affections respiratoires

### GUIDE D'ENTRETIEN—DIAGNOSTIC EDUCATIF CHEZ UN PATIENT BPCO

Durée : 3 /4 d'heure-1 heure

Lieu : bureau de réhabilitation à l'effort

Règle : confidentialité

Méthode : entretien individuel, écoute active, reformulation

But : aboutir à la formulation d'objectifs pédagogiques éducatifs négociés avec le patient et valider par lui.

#### Trame de l'entretien :

**\*Parlez-moi de votre maladie.** (Qu'est-ce que le patient a ?)

Nous cherchons à savoir :

- >Comment la maladie a été découverte.
- >Comment le patient a vécu l'annonce du diagnostic.
- >Quels effets ont les traitements sur la maladie et le quotidien du patient.

**\*Qu'est-ce que le terme « BPCO » vous évoque ? Pouvez-vous m'en donner une signification ?** (Qu'est-ce que le patient sait ?)

Nous cherchons à savoir :

- >Quelles sont les connaissances du patient sur sa pathologie.
- >Quel est le degré de conscience du patient par rapport au stade d'évolution de sa maladie.
- >Quelles sont les connaissances du patients par rapport à son traitement.
- >Quelles sont les croyances et les représentations du patient.

**\*Qu'est-ce que la BPCO a changé dans votre vie ?** (Comment le patient vit avec sa BPCO au quotidien ?)

Nous cherchons à savoir :

- >Quel est le niveau d'adaptation du patient. Ou se situe le patient ? (cf Prochaska)
- >Quels sont les retentissements sur la vie de tous les jours et le ressenti du patient ?
- >Quels sont les retentissements sur l'entourage du patient ? Le patient a-t-il un réseau de soutien ?
- >Qu'attend-il du traitement ?

**\*Quels sont vos projets ? En quoi pensez-vous que nous pourrions vous aider ?** Quelles sont les attentes du patient par rapport au programme d'ETP, quels sont ses projets de vie ?)

Nous cherchons à savoir :

- >Quelles sont les motivations du patient.
- >Quelles sont les freins et les moteurs du patient.
- >Quelles sont les priorités du patient.

**NB** : terminer l'entretien en s'assurant que le patient ne souhaite pas aborder d'autres sujets.

Les objectifs pédagogiques éducatifs peuvent être soumis au patient dès la fin de l'entretien ou lors de sa prochaine venue dans le service.

## BILAN EDUCATIF PARTAGE

---

**NOM :**

**Prénom :**

**Date :**

**Entretien réalisé par :**

[REDACTED]

✓ **Maladie (nom, ancienneté, évolution, sévérité...) :**

✓ **Traitement**

✓ **Problèmes de santé annexes et importants pour le patient**

[REDACTED]

✓ **Environnement familial et social**

✓ **Contexte professionnel**

✓ **Habitudes de vie (Activités physiques et sportives, tabagisme, addictions...) ,  
Vie quotidienne, loisirs**



**✓ Mécanismes de la maladie**

**✓ Rôles et principes d'action des médicaments**

**✓ Représentations de la maladie (fatalité, déni, refus...)**

**✓ Positionnement du patient**

**✓ Perceptions croyances**

**✓ Etape dans le processus d'acceptation**

**✓ Situations de stress**

**✓ Personnalité**

✓ **Statut marital – géosociogramme – liens familiaux, soutien, personnes ressources pour le patient**

✓ **Expérience de la maladie et des traitements**

✓ **Expériences antérieures de d'éducation**

✓ **Relations entretenues avec le médecin traitant**

  
✓ **Projet à court, moyen, long terme**

✓ **Facteurs limitant**

✓ **Facteurs facilitant**

✓ **Objectifs formulés par le patient**

✓ **Aides souhaitées**

# SSR AFFECTIONS RESPIRATOIRES – CHU LIMOGES

## Education Thérapeutique – BPCO

Nom – Prénom :

	Date
Diagnostic éducatif	
Atelier maladie	
Atelier médicaments	
Atelier Activité physique	
Atelier drainage bronchique	
Evaluation	

## Le questionnaire visuel analogique de qualité de vie

1- Avez-vous été gêné(e) par votre essoufflement

Extrêmement | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pas du tout

2- Du fait de vos problèmes respiratoires, avez-vous été gêné(e) pour effectuer vos activités domestiques habituelles (ménage, bricolage, jardinage...)?

Enormément | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pas du tout

3- Vos problèmes respiratoires vous ont-ils gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos connaissances ?

En permanence | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Jamais

4- La qualité de votre sommeil a été

Très mauvaise | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Excellent

5- Avez-vous pris plaisir aux mêmes choses qu'autrefois ?

Non beaucoup moins | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Oui, tout à fait

6- Vous êtes-vous senti(e) dynamique ?

Jamais | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | En permanence

7- Vous êtes-vous fait du souci pour votre santé

Très souvent | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Parfois

8- Vos problèmes respiratoires vous ont-ils gêné(e) dans votre vie sexuelle ?

Enormément | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pas du tout

De **0** (qualité de vie exécrationnelle) à **80** (qualité de vie optimale)  TOTAL

\* Visual Simplified Respiratory Questionnaire<sup>1)</sup>

1) Perez J et al. Validity, reliability, and responsiveness of a new short Visual Simplified Respiratory Questionnaire (VSRQ) for health-related quality of life assessment in chronic obstructive pulmonary disease. Int J of COPD 2009; 4: 9-16

VSRQ® BOEHRINGER INGELHEIM FRANCE, année de développement du Questionnaire ou de la Traduction Disponible dont l'utilisation est sollicitée. All rights reserved / Tous droits réservés

SPB 741 (09-610) - 12/2009 - L03791 - Boehringer Ingelheim France SAS

**QUESTIONNAIRE D’EVALUATION DES  
CONNAISSANCES**

Nom, prénom :

Date :

		<b>CONNAISSANCES</b>		
		Vrai	Faux	Ne sait pas
1	<b>La BPCO n’est pas une maladie chronique, on peut donc en guérir</b>			
2	<b>Les bronchodilatateurs permettent d’ouvrir les bronches</b>			
3	<b>Une activité physique régulière et adaptée est recommandée pour réentraîner les muscles à l’effort</b>			
4	<b>Des antitussifs peuvent être pris si la toux persiste</b>			
5	<b>L’addiction au tabac est due uniquement à la nicotine</b>			
6	<b>Des sécrétions colorées sont le signe d’une infection</b>			
7	<b>Le sigle BPCO signifie « broncho-pneumopathie chronique obstructive »</b>			
8	<b>La toux permet d’évacuer les sécrétions de l’ensemble de l’arbre bronchique</b>			
9	<b>Pour pouvoir arrêter de fumer, il faut :</b> - avoir de la volonté..... - Etre motivé(e).....			
10	<b>Certains bronchodilatateurs sont à prendre tous les jours</b>			
11	<b>En cas d’exacerbation, il faut :</b> - Attendre, cela va s’arranger ..... - Consulter ..... - Se soigner par soi-même .....			
12	<b>La première tentative pour arrêter de fumer est toujours la bonne</b>			

## Annexe 4 : questionnaire distribué lors de notre étude

### Questionnaire sur l'éducation thérapeutique du patient BPCO en médecine générale

---

Fédération de physiologie respiratoire, CHU de Limoges,  
(Prof. F. Bonnaud, Dr M-T. Antonini, interne A. Raby-Reynaud)

#### 1Le patient a-t-il des besoins ?

##### 1.1 Le patient connaît-il sa maladie ?

- Vous paraît-il conscient de sa maladie ?  
 jamais  parfois  souvent  toujours
- Selon vous, connaît-il la signification du terme BPCO ?  
 jamais  parfois  souvent  toujours
- Le malade vous pose t'il des questions sur :
  - ❖ sa maladie ?  jamais  parfois  souvent  toujours
  - ❖ son traitement ?  jamais  parfois  souvent  toujours
  - ❖ le bénéfice de l'activité physique ?  jamais  parfois  souvent  toujours
  - ❖ le sevrage tabagique ?  jamais  parfois  souvent  toujours
- Selon vous, le malade a-t-il clairement compris le caractère chronique de son affection ?  
 jamais  parfois  souvent  toujours
- Vous donne-t-il l'impression de connaître les risques liés à sa maladie ?  
 jamais  parfois  souvent  toujours
- Le patient vous paraît-il globalement demandeur ?  oui  non
- Pensez-vous avoir un rôle éducatif dans ce domaine ?  oui  non

##### 1.2 Le patient connaît-il son traitement ?

- Selon vous devrait-il bénéficier de :
    - ❖ démonstrations sur l'utilisation des traitements inhalés ?  
 jamais  parfois  souvent  toujours
    - ❖ d'explications sur l'intérêt des traitements de fond ?  
 jamais  parfois  souvent  toujours
    - ❖ de contrôle de l'observance du traitement ? (fréquence des consultations pour renouvellement, consommation de  $\beta_2$ -mimétiques, ou questionnaire de Gerhardts ?)  
 jamais  parfois  souvent  toujours
    - ❖ d'aide au sevrage tabagique ?  
 jamais  parfois  souvent  toujours
    - ❖ d'information sur les attitudes dangereuses : automédication (somnifères et antitussifs) ?  
 jamais  parfois  souvent  toujours
  - Le patient vous paraît-il globalement demandeur?  oui  non
  - Pensez-vous avoir un rôle éducatif dans ce domaine?  oui  non
-

## 2 Votre point de vue sur l'Education Thérapeutique du patient (ETP)

- Considérez vous que vous pouvez accorder assez de place à l'éducation thérapeutique au cours de votre consultation ?
- Si ce n'est pas le cas: (choisir la ou les propositions)
  - ❖ est ce par manque de temps ? oui non
  - ❖ est ce par manque de formation ? oui non
  - ❖ est ce par manque d'adhésion de la part du patient ? oui non
  - ❖ Pensez vous que l'éducation thérapeutique du patient doit être développée ?  
oui non
- Qui, selon vous, doit assurer l'éducation thérapeutique du patient BPCO?  
**(classer par ordre d'importance, de 1 à 5)**
  - ❖ Le médecin généraliste :
  - ❖ Le pneumologue :
  - ❖ Le pharmacien :
  - ❖ L'infirmier(e) :
  - ❖ Le kinésithérapeute :
  - ❖
- Où, selon vous, l'ETP doit elle être pratiquée ? **(classer de 1 à 4)**
  - ❖ A l'hôpital
  - ❖ Au cabinet médical
  - ❖ A la pharmacie
  - ❖ Dans un centre spécialisé, dédié à l'ETP
- Pour pratiquer l'éducation thérapeutique, pensez vous que les médecins généralistes devraient travailler en réseau ? (service hospitalier, centre éducatif ) oui non
- Connaissez des structures dédiées à l'éducation thérapeutique du patient BPCO dans votre région ?  
oui non  
Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_
- Connaissez-vous le centre éducatif respiratoire de Limoges ? oui non
- Pensez vous intéressant d'y adresser pour ETP sur prescription vos patients BPCO ?  
oui non
- Voudriez- vous participer à un essai sur 6 mois ?  
Vous recevrez un compte rendu et pourrez tester le bénéfice du programme d'ETP (meilleure collaboration médecin-malade, prise de traitement, hygiène de vie, gestion de la maladie...)  
oui non

## 3 Vous êtes :

titulaire remplaçant :

Age :

Vous êtes : un homme une femme

Commune d'exercice : \_\_\_\_\_

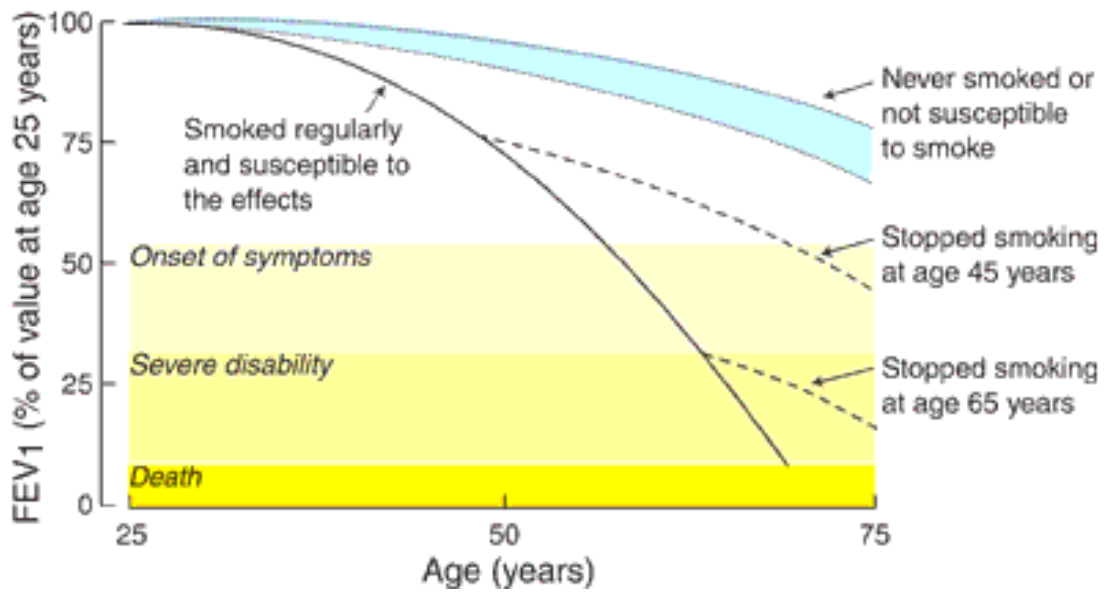
Vous exercez seul en groupe

...  un exercice rural semi rural urbain mixte (=plusieurs lieux d'exercice)

***MERCI BEAUCOUP DE VOTRE PARTICIPATION.***

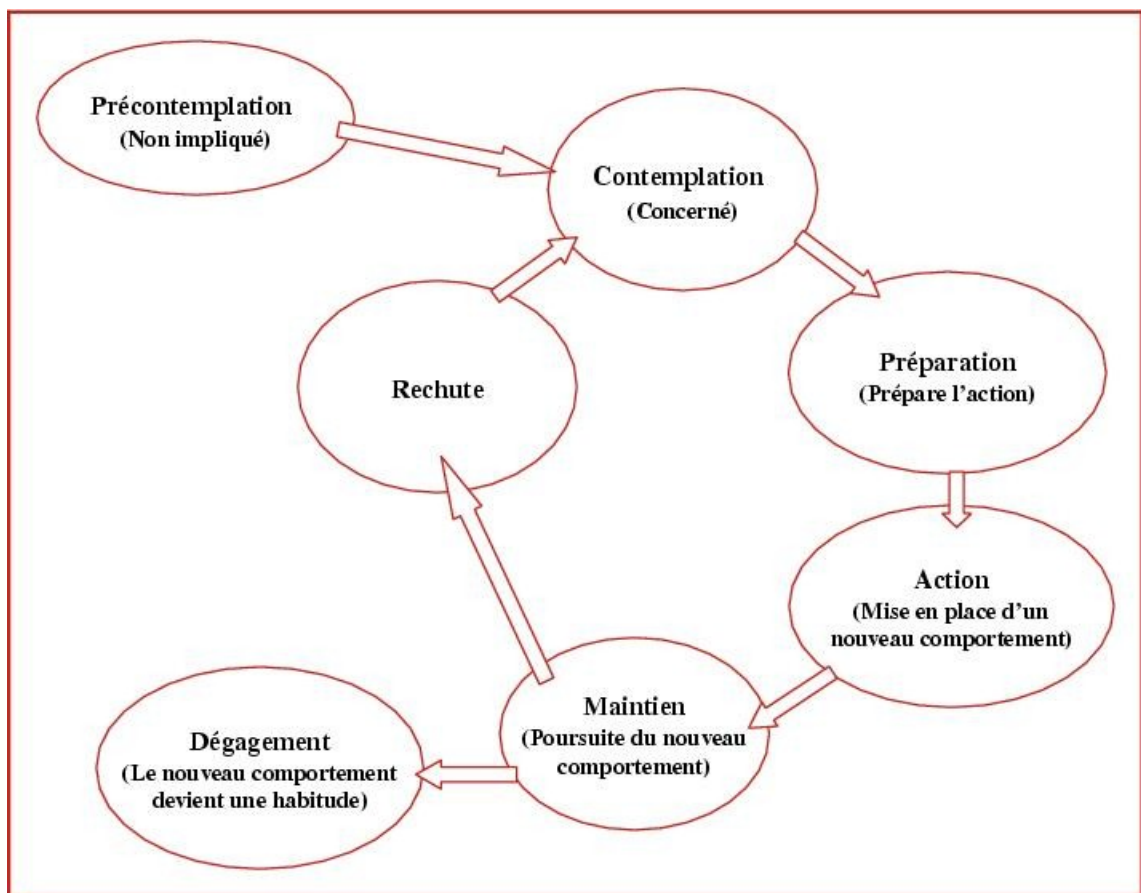
---

Annexe 5 : courbes de Fletcher





Annexe 6 : modèle de la porte tournante de Prochaska et Di Clemente



Source : Boris Hansel, Philippe Giral, Gilbert Peres, Françoise Alliot, Eric Bruckert  
« Comment j'éduque le patient ayant un syndrome métabolique ? » Sang Thrombose  
vaisseaux. Volume 19, numéro 8, 438-42, octobre 2007

# Table des matières

Remerciements .....	11
Droits d'auteurs .....	17
Sommaire .....	18
INTRODUCTION.....	20
1 <sup>ère</sup> PARTIE : L'ETP, DONNEES ACTUELLES ET APPLICATION DE L'ETP A LA BPCO .....	21
1. Données actuelles sur l'ETP.....	21
1.1. Naissance de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) .....	21
1.2. But et résultats .....	21
1.3. Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les 4 stades de l'éducation thérapeutique .....	23
1.4. Textes réglementaires sur l'ETP .....	25
1.5. Structures existantes, et champs d'application de l'ETP .....	25
1.6. Formation .....	26
1.7. Acteurs de l'ETP .....	26
2. Application de l'ETP à la Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO).....	27
2.1. Rappels sur la BPCO.....	27
2.2. Intérêt de l'ETP dans la BPCO .....	28
2.3. L'ETP des patients atteints de BPCO dans le Limousin.....	29
2.3.1. Le Centre Educatif Respiratoire localisé dans le centre d'examens de santé de Limoges (CER) .....	29
2.3.2. L'offre d'ETP aux patients BPCO du Limousin est réelle.....	29
2.3.3. Un exemple : L'ETP au sein du SSR affections respiratoires du CHU .....	30
2 <sup>ème</sup> PARTIE : ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE AUX MEDECINS GENERALISTES	32
1. Méthode.....	32
2. Résultats .....	32
2.1. La participation .....	32
2.2. Les besoins des patients .....	33

2.2.1. Le patient connaît-il sa maladie ?.....	34
2.2.2. Le patient connaît-il son traitement ?.....	35
2.3. L'ETP dans la consultation de médecine générale.....	37
2.3.1. L'ETP dans la consultation de médecine générale : implication des généralistes et obstacles à la réalisation de l'ETP en consultation .....	37
2.3.2. Acteurs de l'ETP .....	38
a) Fréquence des classements en première position par profession.....	38
b) en fonction du nombre de points .....	39
2.3.3. Lieux de l'ETP .....	40
a) Lieux classé en premier.....	41
b) Classement des lieux ou doit être assurée l'ETP, en fonction de leur nombre de points obtenus .....	42
2.3.4. Dispositions des médecins généralistes interrogés vis-à-vis du travail en réseau.....	42
3. Discussion .....	43
3.1. Biais et limites.....	43
3.1.1. Biais liés aux questionnaires .....	43
3.1.2. Biais liés à la population .....	44
3.2. Des besoins criants .....	45
3.2.1. Des malades qui semblent mal connaître leur BPCO .....	45
3.2.2. Des lacunes sur les traitements.....	47
a) Des dispositifs inhalés mal utilisés.....	47
b) Un sevrage tabagique peut-être négligé .....	48
c) Des attitudes dangereuses.....	48
3.3. La place de l'ETP en médecine générale en inadéquation avec l'importance que lui accordent les médecins généralistes.....	49
3.3.1. Le manque de temps.....	49
3.3.2. Le manque de formation .....	49
3.3.3. Le manque d'adhésion de la part du patient.....	50
3.4. Acteurs et lieux de l'ETP .....	50
3.4.1. Les médecins, premiers acteurs de l'ETP...selon eux. ....	50
3.4.2. Le centre spécialisé, lieu privilégié de l'ETP .....	52
3.5. Des médecins prêts à travailler en réseau mais des patients qui n'aboutissent pas au centre d'ETP.....	53
3.6. Perspectives.....	56
CONCLUSION .....	58
Références bibliographiques .....	59
Table des annexes.....	62
Table des matières .....	82
Table des tableaux.....	85

Table des illustrations.....	86
SERMENT D'HIPPOCRATE .....	87

## **Table des tableaux**

Tableau 1 : réponses des médecins interrogés sur la connaissance de la maladie par les patients. ....	34
Tableau 2 : réponses des médecins généralistes sur leur rôle en matière d'information sur la pathologie. ....	35
Tableau 3 : réponses des médecins interrogés sur la connaissance du traitement par le patient .....	36
Tableau 4 : réponses des médecins interrogés sur leur rôle dans l'information sur les traitements .....	36
Tableau 5 : place de l'ETP dans les consultations de médecine générale. ....	37
Tableau 6 : réponses des médecins interrogés sur leurs dispositions à prescrire de l'ETP.....	43

# **Table des illustrations**

Figure 1 : répartition des médecins interrogés par type de secteur. ....	33
Figure 2 : histogramme du classement des professionnels qui doivent assurer l'ETP, selon les généralistes interrogés. ....	38
Figure 3 : réponses des généralistes : qui ont-ils classé premier pour assurer l'ETP? .....	39
Figure 4 : classement des professionnels qui devraient assurer l'ETP, selon les médecins interrogés, en fonction de leur nombre de points. ....	40
Figure 5 : lieux où devrait être assurée l'ETP, selon les généralistes interrogés. ....	40
Figure 6 : lieux où doit être assurée l'ETP selon les généralistes interrogés en fonction du nombre de médecins généralistes qui les ont classés premier. ....	41
Figure 7 : classement des lieux où devrait être assurée l'ETP, selon les médecins interrogés, en fonction de leur nombre de points. ....	42
Figure 8 : citations des structures d'ETP par les médecins interrogés. ....	43

# SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne 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 les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.





## **Education thérapeutique du patient BPCO en médecine générale**

Enquête auprès d'un groupe de médecins généralistes du Limousin.

### RESUME :

La Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) est une pathologie fréquente et grave (4<sup>ème</sup> cause de mortalité dans le monde). L'éducation thérapeutique du patient est une approche humaniste et économiste en plein essor, qui peut améliorer la qualité de vie des patients atteints de cette maladie, et leur éviter des complications morbides et coûteuses.

Ce travail, par le biais de questionnaires auprès de 51 médecins généralistes du Limousin, se propose d'établir les besoins d'information des patients atteints de BPCO, la place de l'ETP en consultation de médecine générale, et la disposition des médecins traitants à travailler en collaboration avec des centres dédiés à l'ETP (Seul lieu où une ETP pluridisciplinaire et complète peut être réalisée).

Les résultats montrent à la fois que les médecins déplorent un manque de connaissances de la part des patients, une impossibilité à pouvoir pratiquer l'ETP au sein de leur consultation et une volonté affichée de collaboration avec les centres d'ETP. Volonté qui contraste avec un nombre de patients qui réalisent effectivement les séances d'ETP qui apparaît comme décevant. Il s'agit donc d'améliorer la collaboration entre les prescripteurs et les centres d'ETP. Quelques pistes restent à explorer pour faciliter la prescription d'ETP afin qu'elle devienne aussi naturelle que celle d'un traitement médicamenteux.

MOTS-CLES : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive, Education Thérapeutique du Patient, Médecins généralistes, Limousin.