

# UNIVERSITE DE LIMOGES

## Faculté de Médecine

2014

THÈSE N°

### **L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT EN MEDECINE GENERALE ANALYSE DES RESULTATS DE L'ETUDE ECOGEN**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 18 avril 2014

Par

**Karen DENIS RUDELLE**

Née le 07 juillet 1986, à Tulle

#### EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur BUCHON.....Président  
M. le Professeur BONNETBLANC.....Juge  
Mme le Professeur DUMOITIER.....Juge  
M. le Docteur MENARD.....Juge  
M. le Docteur HOUDARD.....Membre invité  
Mme le Docteur LAUCHET .....Directrice de thèse

**UNIVERSITE de LIMOGES**

**FACULTE de MEDECINE**

TITRES des PROFESSEURS et MAITRES de CONFERENCES des UNIVERSITES  
pour la REDACTION des DEDICACES

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS** (au 9 septembre 2013)

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

## **MAITRES 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**

<b>BUISSON</b> Jean-Gabriel	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
<b>DUMOITIER</b> Nathalie	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
<b>PREVOST</b> Martine	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE

## **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE**

<b>MENARD</b> Dominique	Maître de Conférences associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
-------------------------	---

## **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE des UNIVERSITES**

<b>BARRAUD</b> Olivier	Maître de Conférences associé des Universités BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
------------------------	--



## PROFESSEURS EMERITES

<b>BONNETBLANC</b> Jean-Marie	Professeur des Universités Emérite
<b>VIDAL</b> Elisabeth	Professeur des Universités Emérite

## ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES (au 1<sup>ier</sup> mai 2013)

<b>BELLIER</b> Rémy	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>COUVÉ-DEACON</b> Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE (Centre d'Investigation Clinique)
<b>CROS</b> Jérôme	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>FILLOUX</b> Matthieu	IMMUNOLOGIE
<b>FREDON</b> Fabien	ANATOMIE
<b>HODLER</b> Charles	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>NEGRIER</b> Laurent	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>PHILIPPE</b> Grégory	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>RIZZO</b> David	HEMATOLOGIE
<b>ROGER</b> Lucie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>THOMAS</b> Céline	ANATOMIE (Service de Chirurgie Digestive, Générale et Endocrinienne)
<b>VERGNENEGRE</b> Guillaume	ANATOMIE (Service d'Orthopédie Traumatologie)
<b>WOILLARD</b> Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

## CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

<b>ABRAHAM</b> Julie	HEMATOLOGIE
<b>AUBOUR</b> Marine	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>AYOUB</b> David	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (Chef de clinique associé du 01-11-2012 au 31-10-2013)
<b>BALLOUHEY</b> Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
<b>BARREAU</b> Germain	OPHTALMOLOGIE
<b>BEDIN</b> Bertrand	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>BEGOT</b> Emmanuelle	REANIMATION
<b>BEHRA-MARSAC</b> Aurélie	RHUMATOLOGIE
<b>BENACQUISTA</b> Marie	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>BENHAMI</b> Ali	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>BERGER</b> Julien	UROLOGIE
<b>BILAND</b> Guillaume	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>BORDAS</b> Mathieu	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>BOUYGUES</b> Antoine	GASTRO-ENTEROLOGIE
<b>CALVET</b> Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>CAUTRES</b> Thomas	CARDIOLOGIE
<b>CHAMBARAUD</b> Tristan	NEPHROLOGIE
<b>CHAMPY</b> Pauline	REANIMATION
<b>CHERRIERE</b> Sylvain	O.R.L.
<b>CYPIERRE</b> Anne	MALADIES INFECTIEUSES
<b>DELMAS</b> Juliette	OPHTALMOLOGIE
<b>DONADEL</b> Lorène	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>DURAND</b> Lise-Marie	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

<b>EGENOD</b> Thomas	PNEUMOLOGIE
<b>ENESCU-FLORICA</b> Eléna-Cécilia	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
<b>ETTAIF</b> Hind	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>FAUGERAS</b> Frédéric	NEUROLOGIE
<b>GANTOIS</b> Clément	NEUROCHIRURGIE
<b>GARDET</b> Emmanuel	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>GARUCHET-BIGOT</b> Angéline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>HAMONET TORNY</b> Julia	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>LANOE</b> Matthieu	UROLOGIE
<b>LAYRE</b> Brice	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>LERAT</b> Justine	O.R.L.
<b>MAAZI</b> Nizar	CARDIOLOGIE
<b>MARTEL</b> Clothilde	MEDECINE INTERNE A
<b>MATHIEU</b> Pierre-Alain	CHIRURGIE INFANTILE
<b>MONNIER</b> Grégory	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>NANDILLON</b> Aurélie	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>NASSOURI</b> Adjoa-Sika	MEDECINE INTERNE B
<b>NEGRIER</b> Franck	RADIOTHERAPIE
<b>PAGES</b> Pierre-Alain	CARDIOLOGIE
<b>PELLISSIER</b> Maxime	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>PONOMARJOVA</b> Sanita	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (Chef de clinique associé du 01-11-2012 au 31-10-2013)
<b>PONSONNARD</b> Anne	PEDOPSYCHIATRIE
<b>RABIN</b> Magalie	NEUROLOGIE

**TCHALLA** Achille

GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT

**THOUY** François

MEDECINE INTERNE A

**VANDEIX** Elodie

CANCEROLOGIE

**VINCENT** Magalie

GASTRO-ENTEROLOGIE

## **CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE**

**LAUCHET** Nadège

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier, tout d'abord, le **Professeur Daniel BUCHON** qui me fait l'honneur de présider mon jury. Merci de l'intérêt que vous portez à ma thèse.

Je remercie également ma directrice de thèse, le **Docteur Nadège LAUCHET**, de m'avoir choisie et permise de participer à l'étude ECOGEN. Merci pour ton soutien et j'espère ne pas te décevoir dans la succession au poste de chef de clinique.

Merci au **Professeur BONNETBLANC** de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Je tiens à souligner tout le respect que j'ai pour vous et pour vos méthodes de travail.

Je remercie particulièrement le **Professeur DUMOITIER** de participer à mon jury de thèse. Votre dynamisme et votre enthousiasme m'ont accompagnée tout le long de mon internat. Merci aussi de m'avoir permise de participer à l'étude ECOGEN dans votre cabinet.

Je tiens à remercier le **Docteur MENARD** qui a accepté d'être membre de mon jury.

Un grand merci au **Docteur HOUDARD** qui en plus d'être un membre de mon jury, a été présent tout le long de mon internat par le tutorat et par mes stages. Je vous remercie aussi d'avoir accepté de participer à l'étude ECOGEN dans votre cabinet.

Je tiens à remercier le **Professeur PREUX** pour le travail accompli pour mes biostatistiques et pour le temps consacré à celles-ci.

Merci à tous les participants d'ECOGEN et merci aux **Docteurs LETRILLARD et MERCIER** pour leurs travaux de coordinations.

Je remercie particulièrement mon mari, Nicolas, qui a été une véritable épaule dans tout ce travail de thèse et tout le long de mes études. Je tiens à te dire tout l'amour que j'ai pour toi et pour notre fille Alice.

Je tiens à remercier ma mère Carole qui, en plus d'être une mère exceptionnelle, a toujours été là pour moi.

Je remercie mon frère Emmanuel et ma sœur Sophie pour leur efficacité dans la relecture.

A mon père, ma grand-mère et toute ma famille, avec qui je me ressource dès que besoin.

Merci à Claire, mon amie, qui m'a soutenue et accompagnée dans ce travail.

## DROITS D'AUTEURS

Droits d'auteur réservés.

Toute reproduction sans accord exprès de l'auteur à des fins autres que strictement personnelles est prohibée.

OU



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/>

## PLAN

REMERCIEMENTS .....	13
DROITS D'AUTEURS.....	15
PLAN.....	16
ABREVIATIONS UTILISEES.....	17
INTRODUCTION.....	18
1. GENERALITES.....	19
1.1. Education thérapeutique du patient (ETP) [5].....	19
1.1.1. Définition .....	19
1.1.2. Historique [10] [11] [12].....	21
1.1.3. Objectifs de l'éducation thérapeutique du patient [1].....	23
1.1.4. Population concernée par l'éducation thérapeutique du patient.....	25
1.1.5. Qui propose et réalise une éducation thérapeutique du patient ? [1].....	28
1.2. Les caractéristiques d'une maladie chronique en médecine générale [17] [18] .....	28
1.3. La démarche éducative de l'éducation thérapeutique [2] .....	31
2. MATERIEL ET METHODE .....	34
2.1. ECOGEN [3].....	34
2.1.1. Type d'étude .....	34
2.1.2. Objectifs .....	34
2.1.3. Méthode .....	34
2.1.4. Critères d'inclusion .....	36
2.1.5. Calendrier.....	37
2.1.6. Résultats attendus .....	37
2.2. Notre étude .....	38
2.2.1. Type d'étude .....	38
2.2.2. Objectifs .....	38
2.2.3. Méthode .....	38
2.2.4. Analyse statistique .....	40
3. RESULTATS.....	41
3.1. ECOGEN.....	41
3.1.1. Top 10 des résultats de consultation.....	41
3.1.2. Top 10 des procédures.....	42
3.1.3. Population des médecins généralistes.....	43
3.2. Notre étude .....	44
3.2.1. Les pathologies concernées par l'éducation thérapeutique du patient .....	44
3.2.2. La population concernée par l'ETP .....	58
3.2.3. L'influence de l'ETP sur la durée de consultation .....	69
3.2.4. Les médecins pratiquant l'ETP .....	70
4. DISCUSSION.....	78
4.1. ECOGEN.....	78
4.1.1. Généralités.....	78
4.1.2. Limites.....	81
4.1.3. Avantages .....	83
4.2. Notre étude .....	84
4.2.1. Discussion des résultats .....	84
4.3. Perspectives.....	108
CONCLUSION .....	110
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	112
TABLE DES MATIERES.....	116
TABLE DES ANNEXES .....	118
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	122
TABLES DES TABLEAUX.....	124
SERMENT D'HIPPOCRATE .....	125



## ABREVIATIONS UTILISEES

ALD : Affection Longue Durée  
AT : Accident du Travail  
AME : Aide Médicale d'Etat  
ARS : Agence Régionale de Santé  
BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive  
CISP : Classification Internationale des Soins Primaires  
CMU : Couverture Maladie Universelle  
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie  
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants  
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
CSP : Catégorie SocioProfessionnelle  
DIU : Diplôme Inter Universitaire  
DMG : Département de Médecine Générale  
ETP : Education Thérapeutique du Patient  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique  
HTA : Hypertension Artérielle  
IMER : Pôle Information Médicale, Evaluation, Recherche  
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
LEAD : Lupus Erythémateux Aigu Disséminé  
LFFS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale  
Loi HPST : loi portant sur la réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires  
MP : Maladie Professionnelle  
MSU : Maîtres de Stage Universitaire  
NCA : Non Classé Ailleurs  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
PAN : Périorthrite Noyeuse  
RC : Résultat de Consultation  
SFMG : Société Française de Médecine Générale  
TUU : Tranche d'Unité Urbaine  
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## INTRODUCTION

Le déploiement d'actions d'éducation thérapeutique du patient (ETP) constitue une préoccupation majeure des professionnels de santé et des pouvoirs publics en matière de Santé Publique. Le développement du concept est un souhait largement exprimé par les patients. L'efficacité de l'ETP est désormais reconnue. L'ETP permet une autonomisation du patient qui apprend à vivre de manière optimale avec sa maladie [1]. Le patient est placé au centre de sa prise en charge. La démarche d'éducation thérapeutique est bien codifiée mais nous connaissons mal sa place en médecine générale [2]. Procédure essentielle dans la prise en charge de pathologies chroniques, l'ETP doit être mise en avant et facilitée en soins primaires. Pour parvenir à décrire cette pratique, nous avons participé à l'étude ECOGEN.

Les données définissant les soins primaires sont faibles et peu précises. ECOGEN, étude transversale, nationale et multicentrique est une collecte originale d'informations, sans équivalent [3]. Basée sur la deuxième version de la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP-2) [4], le recueil de données a été réalisé de décembre 2011 à avril 2012. 20 943 consultations ont été décrites en motifs, résultats de consultation (diagnostics) et procédures (actions) par des internes investigateurs en stage supervisé. 9 984 procédures concernées par l'ETP ont été analysées.

Dans notre étude, nous nous sommes intéressés à l'éducation thérapeutique du patient. Nous avons choisi d'étudier deux procédures de l'étude ECOGEN. Celles-ci sont définies dans la CISP-2 par « recommandation / avis / régime » et « conseil thérapeutique / écoute ». L'éducation thérapeutique est incluse dans ces procédures tout comme plus largement l'éducation à la santé et l'éducation du patient à sa maladie. Ces actions sont probablement sous-évaluées en soins primaires.

L'objectif de notre étude est de décrire les résultats de consultation où l'ETP a été réalisée. Nous nous sommes ensuite intéressés à la population concernée par cette procédure puis aux médecins la pratiquant. Nous avons étudié son influence sur la durée de consultation et analysé les possibilités de transférabilité (délégation) de cette procédure à d'autres professionnels.

Nous souhaitons déterminer la position de l'ETP en médecine générale, afin de mieux la valoriser dans nos pratiques.

# 1. GENERALITES

## 1.1. Education thérapeutique du patient (ETP) [5]

### 1.1.1. Définition

Selon le bureau européen de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (définition de 1998) [2],

« L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir ou de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie. Il s'agit par conséquent d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leur famille (et / ou entourage) à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie ».



Figure 1 : Illustration de l'éducation thérapeutique [6]

L'approche psycho sociale et pédagogique permet au traitement biomédical de donner sa pleine efficacité.

L'éducation thérapeutique s'intègre elle-même dans l'éducation pour la santé aussi nommée promotion pour la santé définie en 1986 dans la Charte d'Ottawa par l'OMS. [7]

« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la Santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La Santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire. Elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. »

La loi HPST (loi portant sur la réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires) de 2009 [8] introduit un article L. 1171-1 qui précise que « l'éducation à la santé comprend notamment la prévention comportementale et nutritionnelle, la promotion de l'activité physique et sportive et la lutte contre les addictions. Elle s'exprime par des actions individuelles ou collectives qui permettent à chacun de gérer son patrimoine santé. Une fondation contribue à la mobilisation des moyens nécessaires à cet effet ».

L'éducation à la santé comprend aussi la notion d'éducation du patient à sa maladie. [9]

L'éducation du patient à sa maladie concerne les comportements liés à la maladie, au traitement et à la prévention des complications et des rechutes. Elle s'intéresse notamment à l'impact que la maladie peut avoir sur d'autres aspects de la vie. Les rencontres avec d'autres patients, les groupes d'entraide, l'aide d'éducateurs sont souvent indispensables à ce type d'éducation.

L'éducation thérapeutique fait partie de l'éducation pour la santé et plus précisément de l'éducation du patient à sa maladie. Nous pouvons l'illustrer ainsi (inspiré des travaux du Dr DECCACHE) :

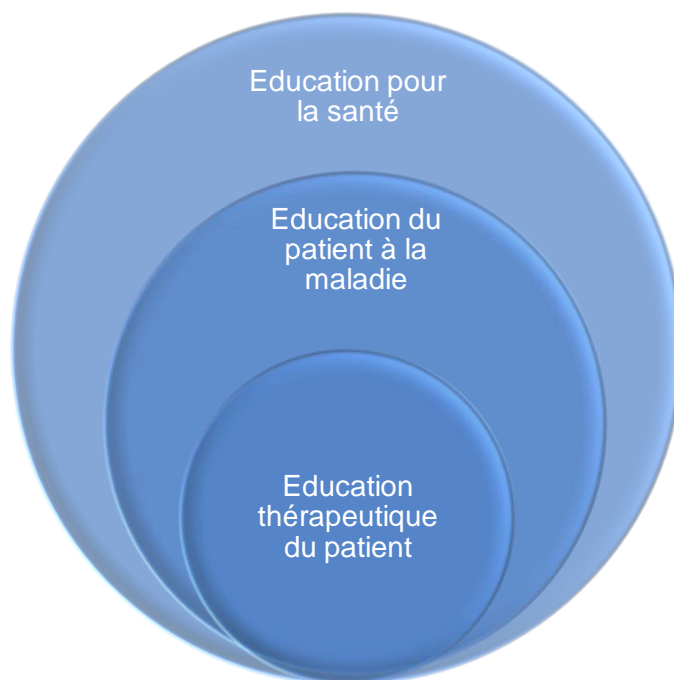


Figure 2 : Représentation de l'éducation à la santé, de l'éducation du patient à la maladie et de l'éducation thérapeutique du patient

### 1.1.2. Historique [10] [11] [12]

Les prémices de l'intérêt de l'éducation thérapeutique ont été mises en évidence en 1972 par le Docteur Leona MILLER dans une publication dans le NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE. Cette étude met en évidence une diminution du nombre de jour d'hospitalisation chez des patients diabétiques vivant dans des quartiers défavorisés après mise en place de l'éducation thérapeutique.

Dès les années 1980, l'éducation thérapeutique commence à être prise en compte par les responsables politiques. Une recommandation du Conseil des ministres réunis au Conseil de l'Europe propose de mettre en place des programmes visant à encourager les malades à participer de façon active aux traitements. Les formats hospitaliers se diversifient avec des programmes d'éducation de jour, de semaine et des stages dédiés. Puis dans le cadre des soins ambulatoires, les premières applications se mettent en place portées par les réseaux de santé.

En 1998, l'OMS définit l'éducation thérapeutique comme cité précédemment.

En 1999, le Manuel d'accréditation des établissements de santé prévoit que « le patient bénéficie des actions d'éducation concernant sa maladie et son traitement ».

En 2000, la Conférence Nationale de Santé souhaite :

- renforcer l'éducation thérapeutique du patient ;
- diffuser des pratiques professionnelles éducatives à l'ensemble des futurs intervenants du domaine de la santé ;
- expérimenter, puis généraliser des modes d'allocations de ressources spécifiques en ville et à l'hôpital.

La loi du 4 mars 2002 affirme le droit de toute personne d'accéder aux informations relatives à sa situation de santé et d'être reconnue comme un acteur partenaire de sa santé avec les professionnels.

En avril 2007, un plan d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques énonce quatre objectifs :

- aider chaque patient à mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer,
- élargir la pratique médicale vers la prévention,
- faciliter la vie quotidienne des malades,
- mieux connaître les conséquences de la maladie sur leur qualité de vie.

Ce plan a été prévu de 2007 à 2011.

En juin 2007, un guide méthodologique de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) présente les éléments fondamentaux de structuration d'un programme d'éducation thérapeutique.

En mars 2008, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) lance le projet Sophia : service d'accompagnement pour mieux vivre avec une maladie chronique. Il s'agit d'un programme d'accompagnement de patients diabétiques avec contact téléphonique par une infirmière et envoi de documents. Il est réalisé par des opérateurs de la CPAM sollicités par le médecin généraliste du patient qui rencontre des difficultés de prise en charge. Ce projet a été mis en place dans 10 départements pilotes. Il s'est généralisé à toute la France fin 2012 et s'étend à d'autres pathologies chroniques. Ce projet n'est pas défini comme éducation thérapeutique par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) mais comme du « disease management » [13].

En septembre 2008, un rapport « pour une politique nationale d'éducation thérapeutique » paraît.

En mars 2009, la loi HPST inscrit l'éducation thérapeutique dans le Code de Santé Publique. L'éducation thérapeutique est reconnue comme thérapeutique à part entière, avec son cadre, ses finalités et ses modes de financement dans une loi de santé publique.

En juin 2009, le manuel V2010 de certification des établissements de santé établit l'éducation thérapeutique du patient comme un des critères de certification (critère 23.a).

En avril 2011, l'HAS révisé le manuel V2010 de certification des établissements de santé en maintenant l'éducation thérapeutique comme critère de certification.

Actuellement, les Diplômes InterUniversitaires (DIU) d'éducation thérapeutique se multiplient. Le Développement Professionnel Continu (DPC) définit l'éducation thérapeutique du patient comme un des thèmes prioritaires. Le but est de développer l'offre ambulatoire. Les maisons et pôles de santé pourront être un lieu de référence de l'ETP en ambulatoire. Ils présentent l'avantage de disposer de professionnels ayant l'habitude de travailler en transversalité et bénéficient, dans le cas des maisons de santé, de locaux adaptés dont une pièce pourrait être réservée à cet effet. L'Agence Régionale de Santé (ARS) pourrait avoir un rôle central de pilotage (par exemple appel à projet ARS PACA en septembre 2013) [14]. L'objectif est de créer un maillage territorial d'ETP grâce aux réseaux afin de répondre aux besoins des patients.

Une étude qui se nomme OPTIMA vient de débuter. Elle concerne l'éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2 sous anti diabétiques oraux mais sans analogue GLP-1 ni insuline. Des micro-objectifs sont fixés avec le patient.

### **1.1.3. Objectifs de l'éducation thérapeutique du patient [1]**

L'éducation thérapeutique du patient participe à l'amélioration de sa santé et de sa qualité de vie au sein de son entourage.

Les objectifs spécifiques de l'éducation thérapeutique sont les suivants :

#### **1.1.3.1. Acquérir et maintenir des compétences d'autosoins**

L'autosoin est défini par l'OMS par « les décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé ». Ces compétences doivent être adaptées aux besoins spécifiques de chaque patient.

On peut les retrouver dans différentes situations :

- Soulager les symptômes.
- Prendre en compte les résultats d'une auto-surveillance, d'une auto-mesure.
- Adapter des doses de médicaments, initier un auto-traitement.
- Réaliser des gestes techniques et des soins.
- Mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc.).
- Prévenir des complications évitables.
- Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie.
- Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

### **1.1.3.2. Acquérir des compétences d'adaptation**

Les compétences d'adaptation s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales.

On met en œuvre ces compétences dans les situations suivantes :

- Se connaître soi-même, avoir confiance en soi.
- Gérer ses émotions et maîtriser son stress.
- Développer un raisonnement réflexif.
- Développer des compétences en matière de communication.
- Prendre des décisions et résoudre un problème.
- Fixer des buts à atteindre et faire des choix.
- S'observer, s'auto-évaluer et se renforcer.

Tout programme d'éducation thérapeutique personnalisé doit prendre en compte :

- l'analyse des besoins, de la motivation du patient et de sa réceptivité à la proposition d'une ETP ;
- la négociation avec le patient des compétences à acquérir et à soutenir dans le temps ;



- le choix des contenus, des méthodes pédagogiques en fonction des objectifs fixés avec le patient ;
- l'évaluation.

L'ETP est considérée comme intégrée à la prise en charge thérapeutique.

Pour cela, elle doit être réellement complémentaire et indissociable des traitements et des soins, du soulagement des symptômes et de la prévention des complications.

Elle doit également tenir compte des besoins spécifiques, des co-morbidités, du contexte psycho-social et des priorités définies avec le patient.

#### **1.1.4. Population concernée par l'éducation thérapeutique du patient**

L'ETP concerne essentiellement toute personne (enfant et parents, adolescent, adulte) ayant une maladie chronique, quel que soit son âge, le type, le stade et l'évolution de sa maladie.

Cette procédure d'ETP peut être étendue à des pathologies aiguës si la démarche éducative est respectée et que le besoin se fait ressentir.

Elle peut être proposée à l'entourage du patient si celui-ci souhaite les impliquer dans l'aide à la gestion de sa maladie.

On peut proposer une éducation thérapeutique initiale au patient à un moment proche de l'annonce du diagnostic de sa maladie chronique ou à tout autre moment de l'évolution de sa maladie.

Les difficultés d'apprentissage (lecture, compréhension de la langue, handicap sensoriel, mental, troubles cognitifs, dyslexie, etc.), le statut socio-économique, le niveau culturel et d'éducation et le lieu de vie ne doivent pas priver les patients d'une ETP.

Ces particularités doivent être prises en compte pour adapter le programme d'ETP en termes d'accessibilité géographique, culturelle, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, de choix des techniques et outils pédagogiques les plus adaptés aux publics concernés. Par exemple, le dessin peut être utilisé chez les enfants, des outils tels que des applications sur les « smartphones » pour les adolescents, etc.

Il est nécessaire d'évaluer la motivation du patient, d'après le modèle transthéorique de changement (modèle d'approche comportementale introduit par les psychologues James O. Prochaska et Carlo C. Di Clémente à la fin des années 1970 et notamment utilisé dans les addictions, par exemple ici le tabagisme) [15].

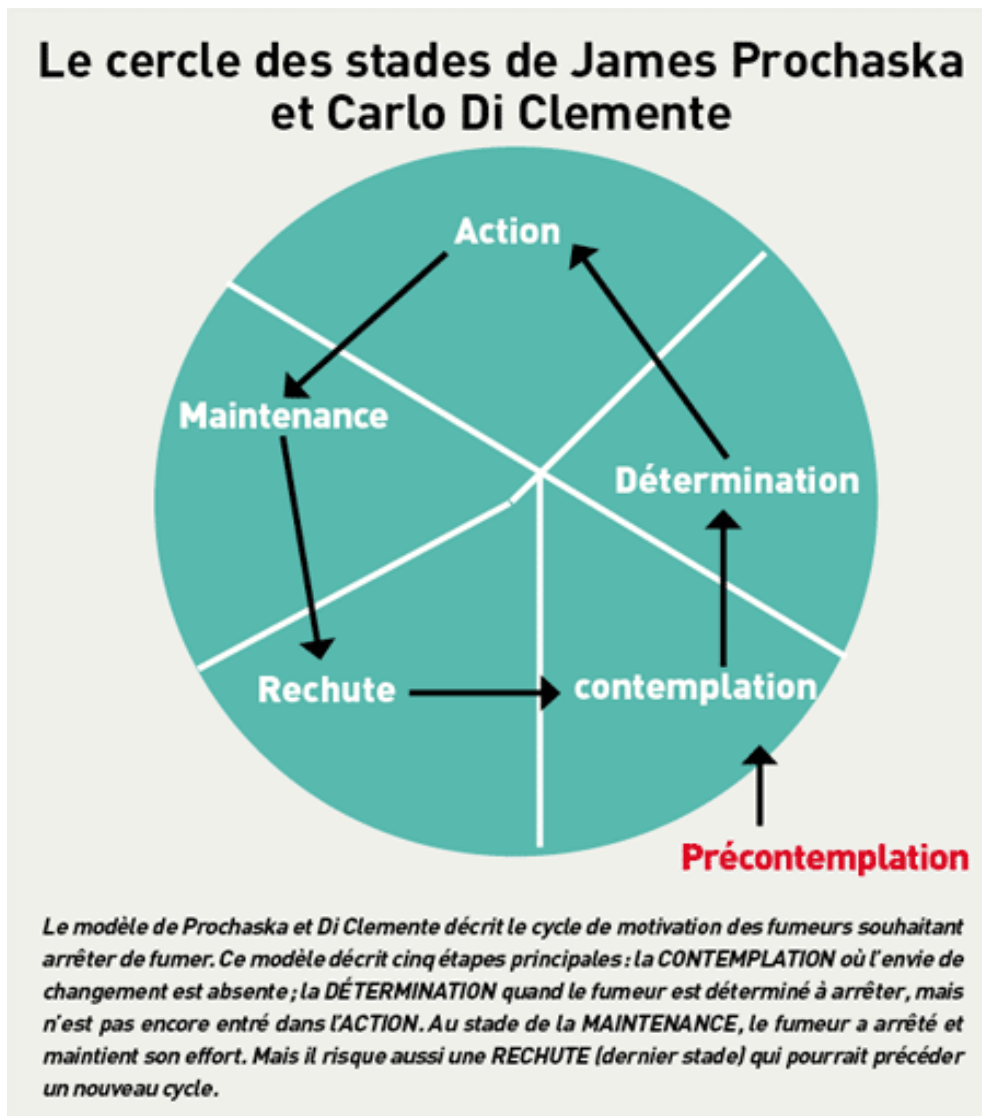


Figure 3 : Le cercle des stades de Prochaska et Di Clémente

Il faut également prendre en compte le stade d'acceptation de la maladie dans lequel est le patient [16] :

Tableau 1 : Stades d'acceptation de la maladie

Stades	Attitude du patient	Exemple de propos de patients	Comportement habituel du soignant	Attitude adéquate du soignant
1. Choc	Surpris à angoissé	« Je ne réalise pas bien... »	Banalise, minimise le problème, évite le sujet, donne trop d'instructions.	Soutenir, aider le patient à se retrouver en privilégiant l'écoute, la reformulation.
2. Dénégation	Détaché, banalise la maladie, rejette la menace.	« Il y a des maladies plus graves... »	Persuasif, cherche à faire prendre conscience de la réalité de la maladie.	Instaurer un climat de confiance, chercher en quoi le patient se sent menacé en l'amenant à s'exprimer sur ce qu'il vit.
3. Révolte	Agressif, revendicateur	« C'est la faute de... si... »	Se sent attaqué, juge le patient caractériel.	Chercher l'objet de la révolte et ne pas s'y opposer.
4. Marchandage	+/- collaborant, manipulateur	« Si je fais plus attention à mon alimentation, il ne sera peut-être pas nécessaire que je passe à l'insuline... »	Irrité, remis en question, risque de répondre par l'agressivité ou l'autoritarisme.	Négocier sur des points secondaires.
5. Dépression	Triste, méditatif	« Je réalise que le diabète peut provoquer de graves complications »	Sentiment d'incapacité, minimise le problème, peu attentif.	Renforcer l'écoute active, respecter les larmes, susciter un projet.
6. Acceptation	Tranquille, collaborant	« Je vis avec et non pas malgré mon diabète... »	Gratifié, il risque de négliger son attention.	Renforcer la formation personnalisée du patient.
7. Résignation	Passif, docile	« Je m'en remets à vous, Docteur... »	Dévoué	Éviter de renforcer la résignation, mettre l'accent sur les comportements positifs du patient, lui fixer des objectifs modestes.
8. Pseudo-acceptation	Refuse consciemment de se sentir malade.	« Je refuse d'être handicapé... »	Impuissant, agacé, menaçant	Tenter de rejoindre le niveau émotionnel en abordant les problèmes liés à la maladie, afin d'ouvrir une brèche pour que les patients parviennent à exprimer leurs sentiments.

### 1.1.5. Qui propose et réalise une éducation thérapeutique du patient ? [1]

Tout professionnel de santé impliqué dans la prise en charge globale d'un patient ayant une maladie chronique peut proposer et réaliser une ETP.

Elle peut être réalisée à l'occasion de toute rencontre du patient avec un professionnel de santé. Une consultation peut être dédiée à cette procédure.

### 1.2. Les caractéristiques d'une maladie chronique en médecine générale [17] [18]

Selon le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), Commission Spécialisée "Maladies chroniques", une définition inspirée des travaux de Ruth E.K. Stein et Ellen C. Perrin peut être proposée :

« Une maladie chronique se définit par la présence d'un état pathologique ou substratum anatomique ou psychologique d'une ancienneté d'au moins trois mois, qui implique une limitation fonctionnelle des activités, une dépendance à l'égard d'un traitement, ou des besoins de soins médicaux ou paramédicaux ».

On peut également définir la maladie chronique selon les caractéristiques suivantes :

- la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer,
- une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle,
- un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :
  - une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale
  - une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle
  - la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

Cette définition s'appuie non seulement sur l'étiologie, qui implique des traitements spécifiques liés à la maladie, mais aussi sur les conséquences en termes de fonctionnement et de handicap, c'est-à-dire de répercussions sur la santé (par exemple les séquelles des accidents).

Quinze millions de patients souffrent aujourd'hui de pathologies chroniques et 200 000 nouveaux patients dont 150 000 diabétiques sont diagnostiqués chaque année.

Certains peuvent souffrir de plusieurs maladies à la fois.

Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves.

Les maladies chroniques comprennent :

- des maladies comme l'insuffisance rénale chronique, les bronchites chroniques, l'asthme, les maladies cardio-vasculaires, le cancer ou le diabète, des maladies lourdement handicapantes, comme la sclérose en plaques ;
- des maladies rares, comme la mucoviscidose, la drépanocytose et les myopathies ;
- des maladies transmissibles persistantes, comme le Sida ou l'hépatite C ;
- enfin, des troubles mentaux de longue durée (dépression, schizophrénie, ...), la douleur chronique, ou les conséquences de certains actes chirurgicaux comme les stomies (par exemple, l'ablation d'une grande partie de l'intestin).

Au 31 décembre 2012, 9,5 millions de personnes du Régime Général bénéficient de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD), soit moins d'une personne sur six.

Tableau 2 : Répartition et taux de personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2012 pour le régime général, par ordre décroissant d'après l'Assurance Maladie [19]

	<i>taux de prévalence pour 100 000</i>
<b>Diabète de type 1 et diabète de type 2</b>	3654
<b>Tumeur maligne</b>	3391
<b>Affections psychiatriques de longue durée</b>	1971
<b>Hypertension artérielle sévère</b>	1937
<b>Maladie coronaire</b>	1719
<b>Insuf. cardiaque, tr. du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves</b>	1389
<b>Cause médicale d'ALD non précisée</b>	922
<b>Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques</b>	810
<b>Insuffisance respiratoire chronique grave</b>	623
<b>Accident vasculaire cérébral invalidant</b>	574
<b>Maladie d'Alzheimer et autres démences</b>	494
<b>Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave</b>	433
<b>Polyarthrite rhumatoïde</b>	342
<b>Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses</b>	306
<b>Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives</b>	229
<b>Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique</b>	214
<b>Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH</b>	178
<b>Maladie de Parkinson</b>	177
<b>Spondylarthrite ankylosante grave</b>	147
<b>PAN, LEAD, sclérodémie généralisée</b>	140
<b>Sclérose en plaques</b>	126
<b>Maladies métaboliques héréditaires</b>	104
<b>Paraplégie</b>	59
<b>Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves</b>	52
<b>Scoliose structurale évolutive</b>	45
<b>Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques</b>	30
<b>Hémoglobinopathies, hémolyses, chron. constitutionnelles et acquises sévères</b>	26
<b>Tuberculose active, lèpre</b>	21
<b>Suites de transplantation d'organe</b>	14
<b>Mucoviscidose</b>	10
<b>Bilharziose compliquée</b>	0

### 1.3. La démarche éducative de l'éducation thérapeutique [2]

Le guide méthodologique de l'HAS propose une démarche éducative en quatre étapes :

- le recueil des besoins et des attentes du patient,
- la définition des compétences à acquérir ou à mobiliser,
- la planification de séances d'éducation thérapeutique du patient,
- l'évaluation des progrès du patient et la proposition d'une éducation thérapeutique de suivi.

Il s'agit de :

- Élaborer un diagnostic éducatif.

Le diagnostic est indispensable à la connaissance du patient, à l'identification de ses besoins et attentes, et à la formulation avec lui des compétences à acquérir ou à mobiliser. On peut explorer cinq dimensions grâce à cinq grandes questions, pouvant servir de base à l'élaboration du diagnostic éducatif (d'après le Docteur J. F. D'IVERNOIS).

- Dimension biomédicale de la maladie : *qu'est-ce qu'il a ?* Cela permet de faire le point avec le patient sur sa maladie.
- Dimension socioprofessionnelle : *qu'est-ce qu'il fait ?* Cela aide à comprendre le patient intégré dans son environnement social et familial, ses activités, sa profession. On pourra ainsi proposer des activités adaptées au cadre de vie du patient.
- Dimension cognitive : *qu'est-ce qu'il sait sur sa maladie ou qu'est-ce qu'il croit ?* Quelles sont ses représentations par rapport à la maladie, à son traitement, à ses conséquences pour lui et ses proches ?
- Dimension psychoaffective : *que ressent-il ?* On détermine le stade d'acceptation de la maladie et on peut anticiper les réactions du patient face à un problème.
- Projets du patient : *qu'attend-il et de quoi a-t-il envie ? qu'est-il prêt à faire ?* Cela permet de définir les objectifs.

- Définir un programme personnalisé d'éducation thérapeutique.

Il s'agit de formuler avec le patient les compétences à acquérir ou à mobiliser au regard de son projet. On prend en compte trois grands domaines : le savoir (connaissances intellectuelles à acquérir), le savoir-faire (compétences gestuelles), le savoir-être (attitudes à développer face à un problème). On définit les objectifs pédagogiques du programme d'éducation.

- Planifier et mettre en œuvre les séances d'éducation thérapeutique collective et/ou individuelle.

L'objectif est de proposer, selon les besoins et préférences du patient, une planification de ses séances d'éducation thérapeutique. Cette phase passe par une sélection des contenus des séances, des méthodes et des techniques d'apprentissage.

Elle se concrétise par des séances :

- individuelles (d'une durée de 30 à 45 minutes),
- collectives (le plus souvent),
- en alternance.

Les séances collectives d'une durée de 45 minutes chez l'adulte, plus courtes ou avec des pauses chez l'enfant, rassemblent au minimum 3 personnes (au maximum 6 à 8 enfants, 8 à 10 adultes). Elles sont propices au partage d'expériences.

- Réaliser une évaluation individuelle.

Elle permet de faire le point avec le patient sur ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire, comment il vit au quotidien avec sa maladie, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir afin de lui proposer une nouvelle offre d'éducation thérapeutique qui tienne compte des résultats de cette évaluation et de l'évolution de la maladie.



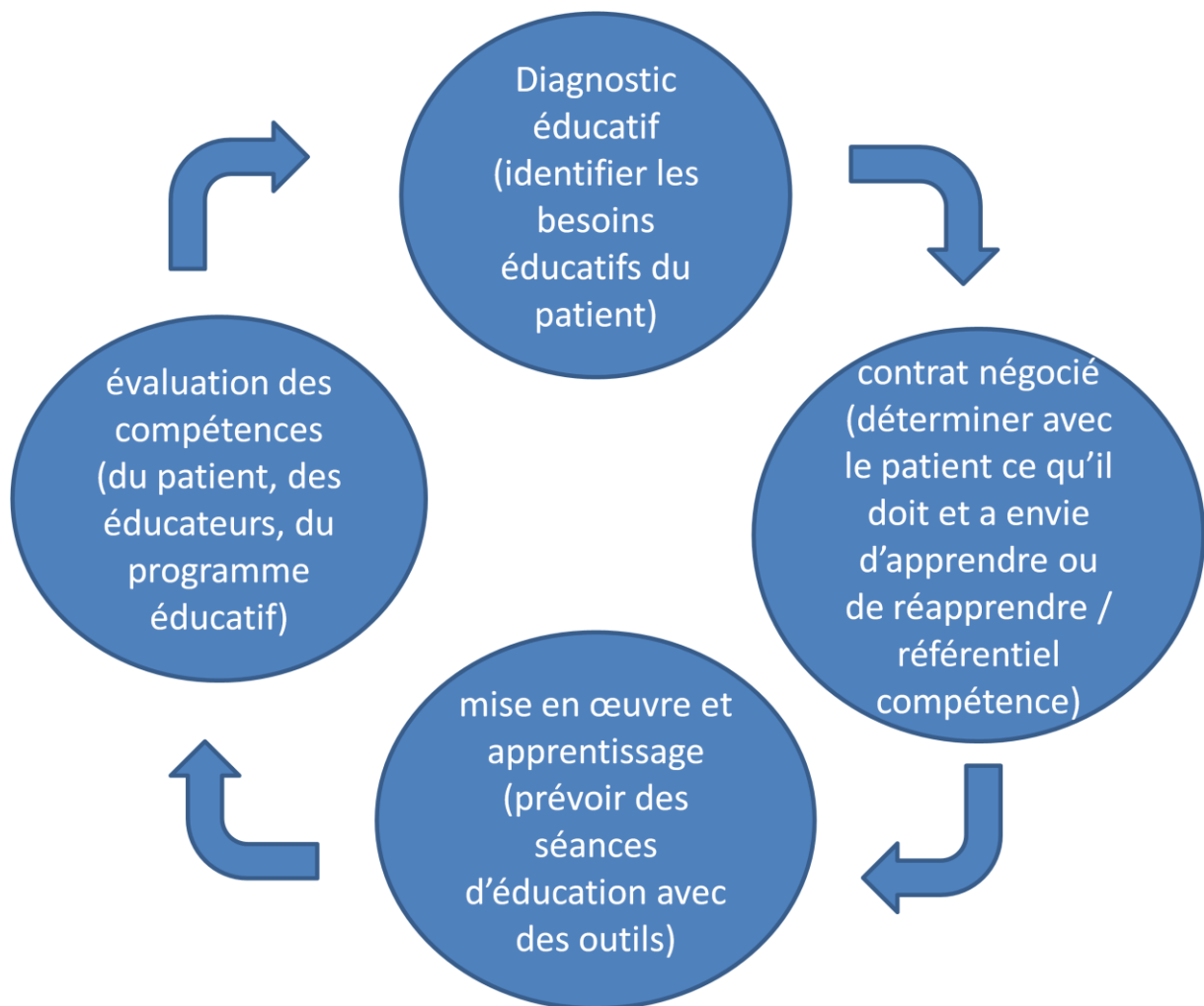


Figure 4 : la démarche éducative de l'éducation thérapeutique

## **2. MATERIEL ET METHODE**

### **2.1. ECOGEN [3]**

#### **2.1.1. Type d'étude**

L'étude ECOGEN (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale) était une étude transversale nationale multicentrique, développée dans le cadre du réseau CNGE Recherche.

#### **2.1.2. Objectifs**

Elle avait comme objectif principal de décrire les motifs de consultation associés aux principaux problèmes de santé pris en charge en Médecine Générale en France.

Les objectifs secondaires étaient :

- de décrire les procédures de soins réalisées et programmées, associées aux principaux problèmes de santé et d'évaluer leur transférabilité à d'autres professionnels de santé (infirmiers, pharmaciens, autres)
- d'évaluer les déterminants de la durée de la consultation en termes de motifs de consultation, de résultats de consultation, et de procédures de soins.

Les objectifs ancillaires nous concernaient principalement dans ce travail. Ils ont été définis par les cinquante quatre internes participant au projet afin de constituer le sujet de leur thèse d'exercice, éventuellement dans le cadre de thèses conjointes (en binôme).

#### **2.1.3. Méthode**

Schéma d'étude : C'était une étude nationale épidémiologique, transversale et multicentrique.

Les investigateurs étaient les internes en stage supervisé (de niveau 1) des différentes Facultés de Médecine françaises (54 internes dans 27 Facultés de Médecine partenaires, avec 128 cabinets médicaux de maîtres de stage participant (1 à 3 MSU/ interne)).

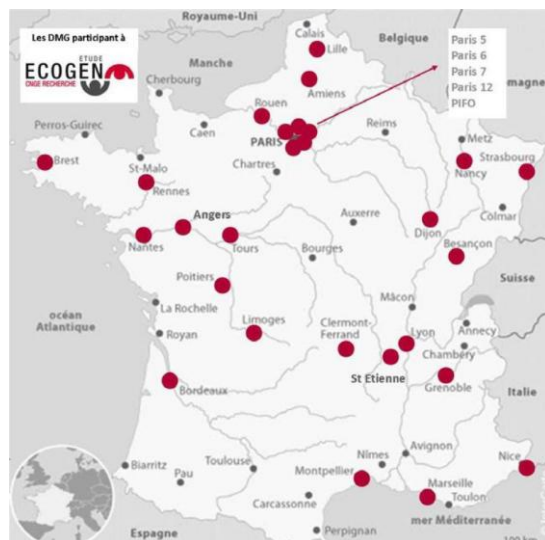


Figure 5 : Carte des 27 facultés participantes au projet ECOGEN

Chaque interne a été formé au recueil et à l'analyse des données lors d'un séminaire centralisé d'une journée et demie, de même que le Chef de Clinique ou Enseignant Associé qui l'a encadré. Les données ont été recueillies entre le premier décembre 2011 et le trente avril 2012. Elles ont été classées selon la deuxième version de la Classification Internationale des Soins Primaires CISP-2. Cette classification reconnue en 2003 comme classification internationale de référence pour les soins primaires, est incluse dans la famille des classifications de l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle a été créée spécifiquement pour le recueil et l'analyse épidémiologique des données de consultation en médecine générale.

Les données ont ensuite été saisies dans une base de données centralisée (développée à partir du projet Prometheus) à partir d'un site internet dédié au projet.

## Graphe des inclusions

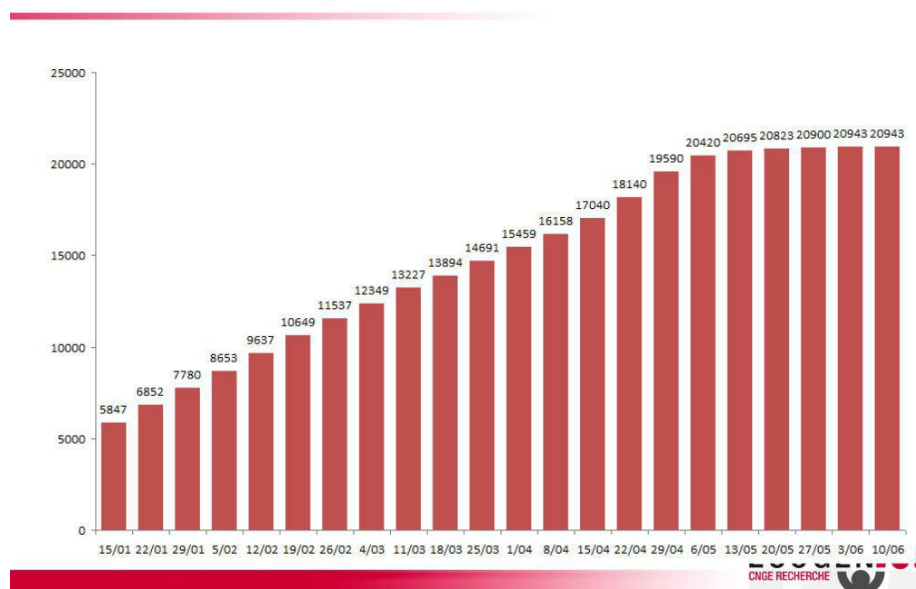


Figure 6 : Progression de l'inclusion des données dans l'étude ECOGEN

Après fusion des données de chaque centre, l'effectif attendu était de 16 000 consultations, sous l'hypothèse de la participation de 80 centres. Chaque interne a pu analyser la base de données globale pour réaliser son travail de thèse.

Le Partenariat méthodologique a été réalisé par le Pôle Information Médicale, Evaluation, Recherche (IMER), Hospices Civils de Lyon (Anne-Marie Schott, Angélique Denis). L'étude a été développée dans le cadre du CNGE Recherche et co-financée par le laboratoire Pffizer.

La coordination a été assurée par :

- Dr Laurent Letrilliart, Département de Médecine Générale (DMG) de l'Université de Lyon 1, Conseil scientifique du CNGE
- Dr Alain Mercier, DMG de l'Université de Rouen, CNGE Recherche.

#### **2.1.4. Critères d'inclusion**

Etaient incluses toutes les consultations rencontrées un jour donné ou deux demi-journées par semaine, sur une période synchrone de cinq mois durant le stage chez le praticien. Si l'interne était en stage sur plusieurs sites, les données étaient recueillies en alternance chez les différents Maîtres de Stage Universitaires (MSU).

Recueil des données :

Les données ont été classées selon la deuxième version de la Classification Internationale des Soins Primaires et saisies dans une base de données centralisée à partir d'un site internet dédié au projet. Le recueil a été réalisé dans un premier temps manuellement lors de la consultation. L'interne était observateur. Puis les données ont été saisies sur informatique en différé. Annexes 1 et 2.

Les caractéristiques des lieux de stages étaient relevées par l'interne investigateur : milieu rural, urbain, semi-rural, le code postal, l'âge, le sexe, le nombre d'actes annuels du médecin, le type de cabinet (groupe médical ou pluridisciplinaire, seul, centre de santé).

Les Maîtres de Stage Universitaires ont réalisé une « contre-évaluation » de la transférabilité des procédures sur un échantillon de 20 consultations.

Une consultation par interne a été également enregistrée (audio) afin d'avoir une contre évaluation par les coordonnateurs de l'étude.

### **2.1.5. Calendrier**

Juillet 2011 : recrutement des Chefs de Clinique et Enseignants Associés encadrant les Internes

Juillet-septembre 2011 : recrutement d'un ou si possible deux Internes par Faculté

Novembre 2011 : formation des Internes et de leurs responsables à Lyon (4-5/11) ou Vincennes (18-19/11). Finalisation de l'objectif de la thèse.

24-25 novembre 2011 : réunion (atelier) avec responsables et internes lors du Congrès du CNGE (Bordeaux)

Décembre 2011-avril 2012 : recueil des données

Mai 2012- octobre 2012 : analyse des données

Novembre 2012 : symposium de restitution des principaux résultats lors du Congrès du CNGE (Lyon)

Début 2013 : Publication des principaux résultats dans un numéro spécial de la revue EXERCER.

### **2.1.6. Résultats attendus**

Cette étude devait permettre de mieux connaître l'activité des médecins généralistes français en termes de diagnostics et de procédures de soins (diagnostiques, thérapeutiques, administratives) réalisées et programmées, ce qui pourrait contribuer à fonder une future réforme de la tarification des consultations sur des données objectives.

Au plan pédagogique, elle a permis de mieux sensibiliser le corps des enseignants de médecine générale français à l'intérêt de la structuration des données de consultation, dans le cadre de la recherche (notamment au sein de réseaux universitaires) mais aussi de l'enseignement (banques de cas cliniques, par exemple).

## 2.2. Notre étude

### 2.2.1. Type d'étude

Notre étude était une étude transversale multicentrique basée sur les données de l'étude ECOGEN.

### 2.2.2. Objectifs

Notre objectif principal était d'analyser les résultats de consultation contenant la procédure « éducation thérapeutique », afin de déterminer pour quelles pathologies l'ETP est réalisée en médecine générale.

Nos objectifs secondaires étaient de déterminer les facteurs influencés par la procédure « éducation thérapeutique » (informations sur le patient, le praticien, sur la durée de consultation...).

### 2.2.3. Méthode

En accord avec les intervenants et coordonnateurs d'ECOGEN, nous avons analysé les données contenant les procédures suivantes :

- \*45 = recommandation / éducation à la santé / avis / régime et
- \*58 = conseil thérapeutique / écoute / examen

d'après la classification CISP-2.

Une procédure est l'action du médecin répondant au résultat de consultation ou diagnostic de situation. Elle peut être réalisée ou programmée.

Il n'existait pas d'item « éducation thérapeutique » isolé dans la classification CISP-2. D'après les verbatims, phrases courtes associées à la procédure dans la grille de codage, correspondant aux codes-procédures \*45 et \*58, l'éducation thérapeutique était la procédure la plus souvent notée avec « conseil thérapeutique » et « écoute ».

La base de données princeps formatée à une ligne par procédure V3 (troisième version de juin 2013) comprenait **99 042 lignes**. La base de données correspondant aux procédures étudiées était de **9 984 lignes**.

Ce code \*45 ou \*58 était précédé d'une lettre qui indiquait l'appareil concerné par la procédure.

- A : appareil général et non spécifié
- B : appareil sang, système hématopoïétique, immunologique
- D : système digestif
- F : œil
- H : oreille
- K : appareil cardio-vasculaire
- L : appareil ostéo-articulaire
- N : appareil neurologique
- P : appareil psychologique
- R : appareil respiratoire
- S : peau
- T : appareil métabolique, nutritionnel, endocrinien
- W : grossesse, accouchement, planification familiale
- X : système génital féminin et sein
- Y : système génital masculin et sein
- Z : social

Soit 16 appareils au total.

Nous avons déterminé les pathologies concernées par l'éducation thérapeutique, en fonction des résultats de consultation.

Nous avons recherché dans quelles tranches d'âges (0-24, 25-39, 40-54, 55-64, >65 ans) et dans quelles catégories socioprofessionnelles ces procédures étaient prédominantes. Nous avons étudié l'influence du sexe du patient sur ces procédures.

Nous avons également étudié pour quel statut l'éducation thérapeutique était présente (Affection Longue Durée (ALD), Couverture Maladie Universelle (CMU), Aide Médicale d'Etat (AME), Accident du Travail (AT), Maladie Professionnelle (MP), Invalidité (I), statut standard = aucun statut).

Nous avons aussi comparé les durées de consultation sans et avec les procédures \*45 ou \*58.

Nous nous sommes ensuite intéressés aux médecins pratiquant l'éducation thérapeutique : âge, milieu d'exercice, mode d'exercice, sexe.

Nous avons observé la transférabilité de ces procédures.

Cette notion sous-entend que le médecin peut déléguer la tâche, l'action à d'autres professionnels qui peuvent être :

- infirmier,
- pharmacien,
- psychologue,
- secrétaire,
- kinésithérapeute,
- sage-femme,
- assistant-social,
- ou autre professionnel précisé dans le verbatim.

La transférabilité peut être sans condition ou avec condition (dossier médical partagé, protocole prédéfini, supervision du médecin généraliste, autre condition précisée dans le verbatim). Lorsque le médecin, seul, peut réaliser l'action, la transférabilité est impossible.

Cette possibilité de transférabilité était décidée par l'interne au moment de sa saisie. Les MSU ont réalisé une contre-évaluation de la transférabilité des procédures sur un échantillon de 20 questionnaires.

#### **2.2.4. Analyse statistique**

Nous avons confié nos analyses statistiques au Laboratoire de Biostatistiques de la Faculté de Médecine de Limoges.

Les analyses statistiques ont été réalisées au moyen du logiciel MICROSOFT EXCEL et du logiciel SPSS vs 21.0 (IBM) avec la base de données sélectionnée avec les filtres \*45 et \*58.

Pour comparer les durées de consultation un test de l'écart-réduit de comparaison de deux moyennes a été utilisé.

Les variables qualitatives ont été décrites par leurs effectifs et leurs pourcentages.



### 3. RESULTATS

#### 3.1. ECOGEN

D'après le congrès CNGE de Lyon en 2012 [20], le nombre de **consultations incluses** dans l'étude était de **20 818** avec

- **45 642 résultats de consultation (RC)** (soit 2,19 par consultation (2,17-2,21)),
- **54 668 motifs de consultation** (1,20 par problème de santé (1,19-1,20) et 2,63 par consultation (2,60-2,65)) et
- **97 907 procédures de soins** (2,15 par problème de santé (2,14-2,16) et 4,70 (4,67-4,74) par consultation).

##### 3.1.1. Top 10 des résultats de consultation

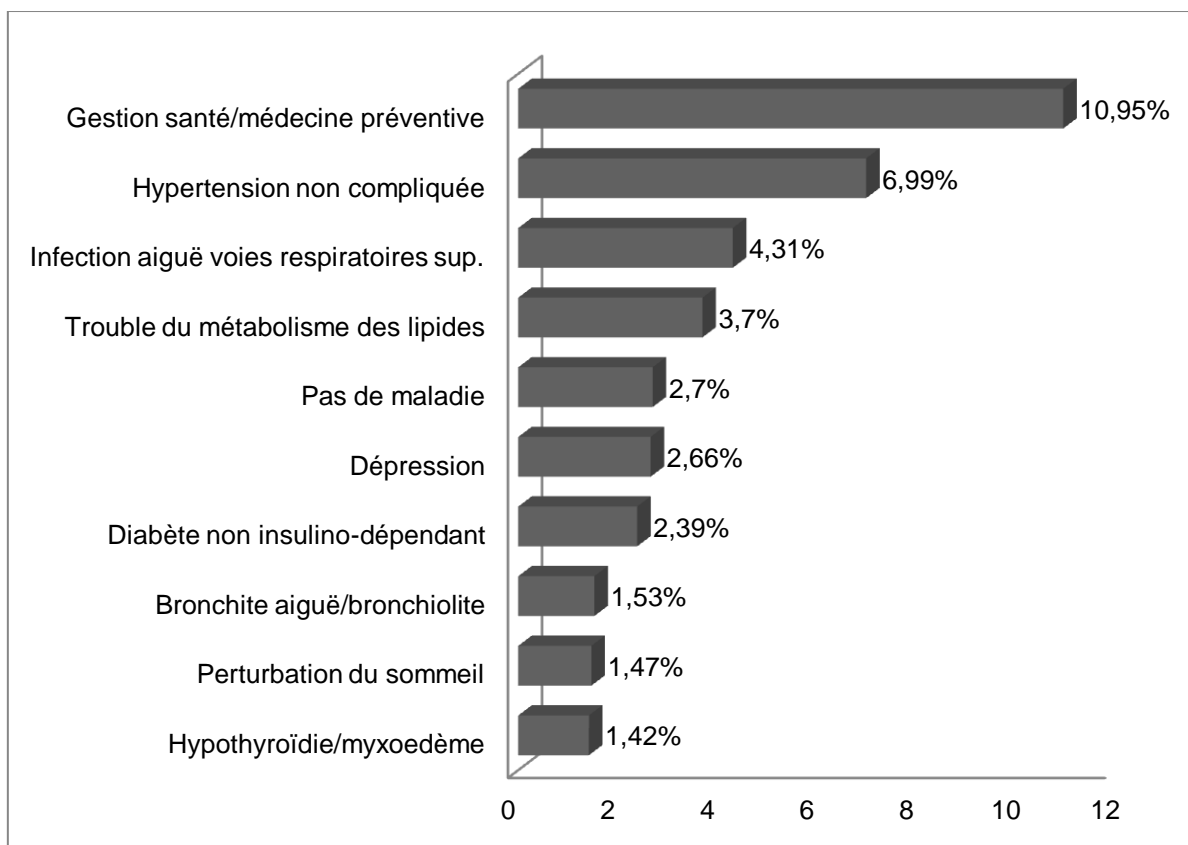


Figure 7 : Les 10 RC les plus fréquents

Dans les dix premiers RC d'ECOGEN :

- deux sont de la prévention primaire, « médecine préventive », « pas de maladie », soit 13,65%,
- six sont des pathologies chroniques : « hypertension non compliquée », « trouble du métabolisme des lipides », « dépression », « diabète non insulino-dépendant », « perturbation du sommeil », « hypothyroïdie », soit 18,63%,
- et deux sont des pathologies aiguës : « infection aiguë des voies respiratoires supérieures », « bronchite aiguë », soit 5,84%.

### 3.1.2. Top 10 des procédures

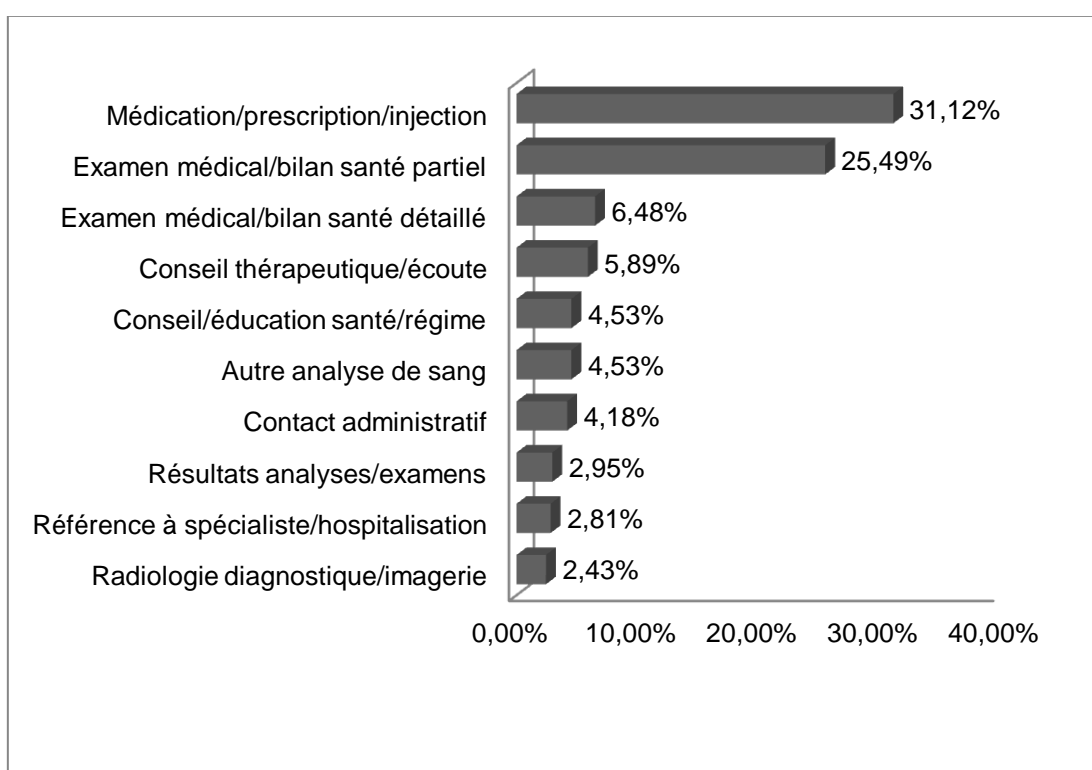


Figure 8 : Les 10 procédures de soins les plus fréquentes

Les procédures \*58 = conseil thérapeutique / écoute et \*45 = conseil / éducation santé / régime arrivent en quatrième et cinquième positions soit 10,42 % des procédures.

### 3.1.3. Population des médecins généralistes

La représentativité des médecins généralistes de la table ECOGEN a été évaluée par le service de Biostatistiques de l'étude ECOGEN. Il a été démontré de façon statistiquement significative que les médecins généralistes de l'étude ECOGEN étaient représentatifs des médecins généralistes en France.

### 3.2. Notre étude

Dans **97,1 %** des cas les procédures \*45 : recommandation / éducation à la santé / avis / régime et \*58 : conseil thérapeutique / écoute / examen ont été **réalisées** lors de la consultation (3 données manquantes sur 9 984).

#### 3.2.1. Les pathologies concernées par l'éducation thérapeutique du patient

##### 3.2.1.1. Les 25 résultats de consultation les plus fréquents avec les procédures \*45 ou \*58

Nous avons retrouvé les procédures \*45 et \*58 dans **527 RC différents** sur les 632 RC de la base de données princeps soit 83% des RC.

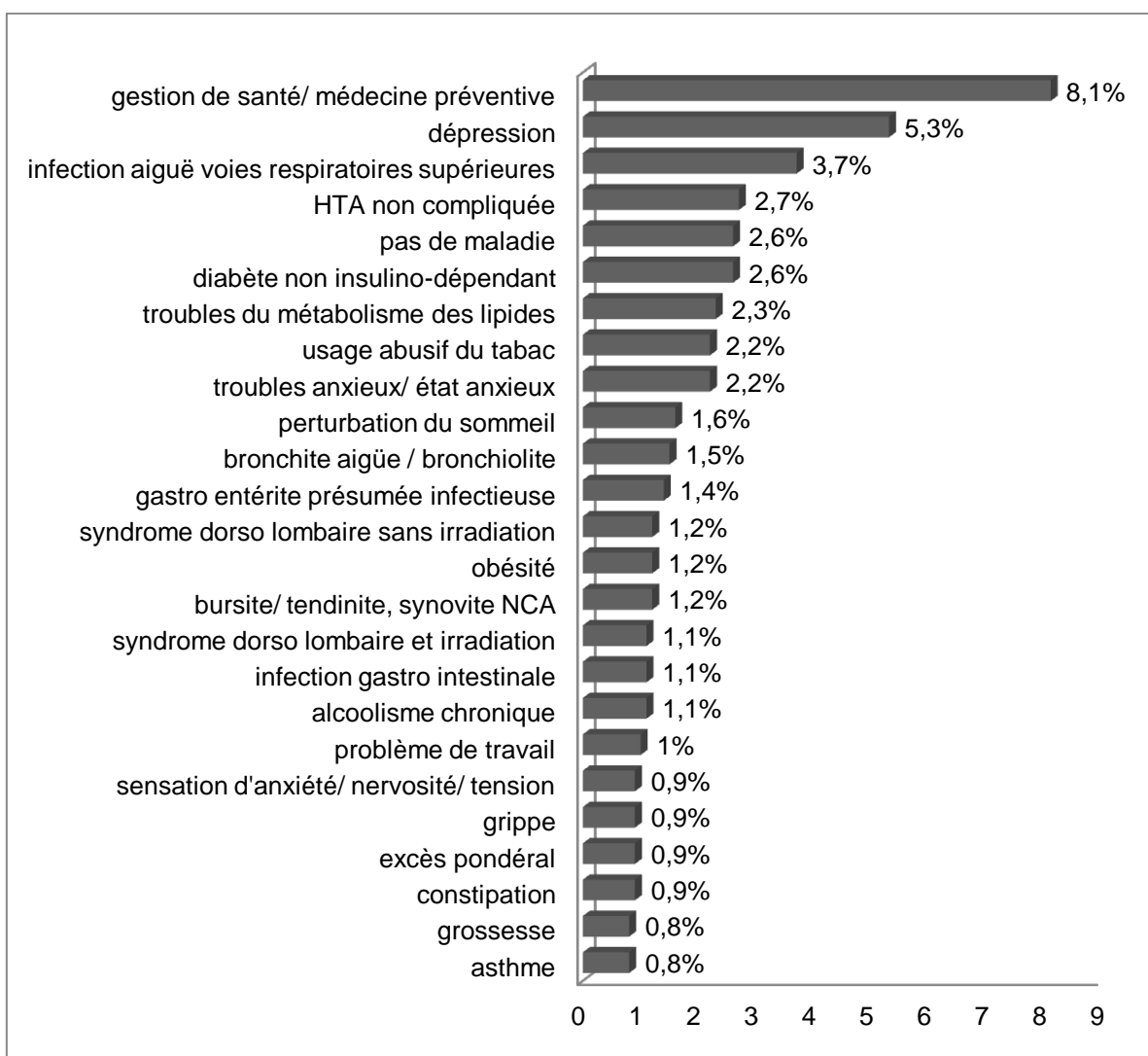


Figure 9 : les 25 résultats de consultation les plus fréquents avec les procédures \*45 ou \*58 (pourcentage)

Les 25 premiers RC représentent 49,2 % de tous les RC concernés par ces procédures.

Nous pouvons constater que le premier résultat ne concerne pas une pathologie mais la médecine préventive. Le résultat de consultation « pas de maladie » apparaît dans les 5 premiers.

Par ailleurs, il existe des pathologies aiguës : « infection aiguë des voies respiratoires supérieures », « bronchite aiguë, bronchiolite », « gastro-entérite présumée infectieuse », « grippe », et des pathologies chroniques dans la liste.

Le résultat de consultation « dépression » arrive parmi les premiers.

Nous avons choisi d'étudier séparément les deux procédures \*45 et \*58.

### 3.2.1.2. Les 25 résultats de consultation les plus fréquents avec la procédure \*45

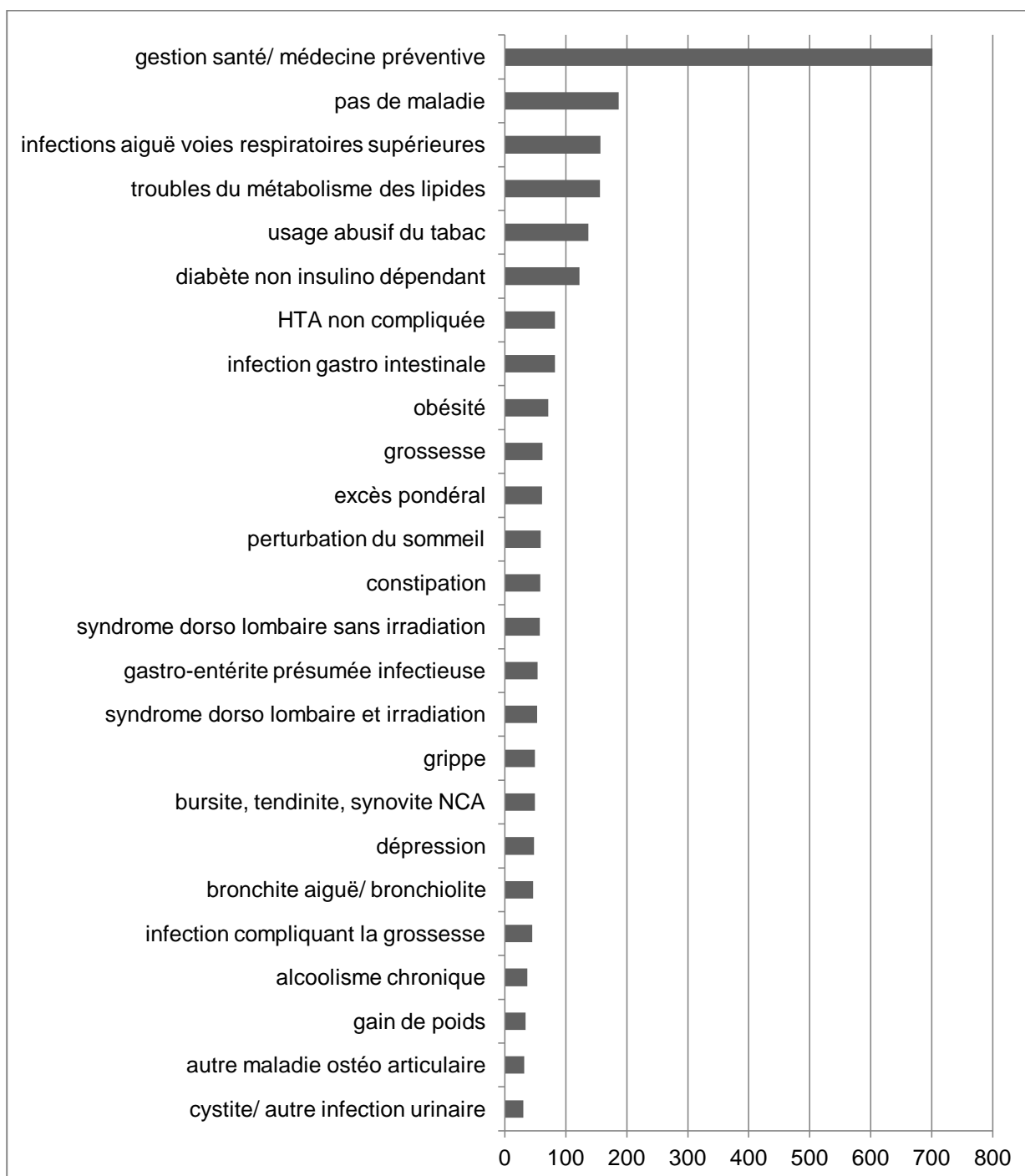


Figure 10 : Les 25 résultats de consultation les plus fréquents avec la procédure \*45 (par effectif)

L'effectif de la procédure \*45 est de 4324 lignes. Voici la représentation en pourcentage des 25 premiers RC soit 57,1%.

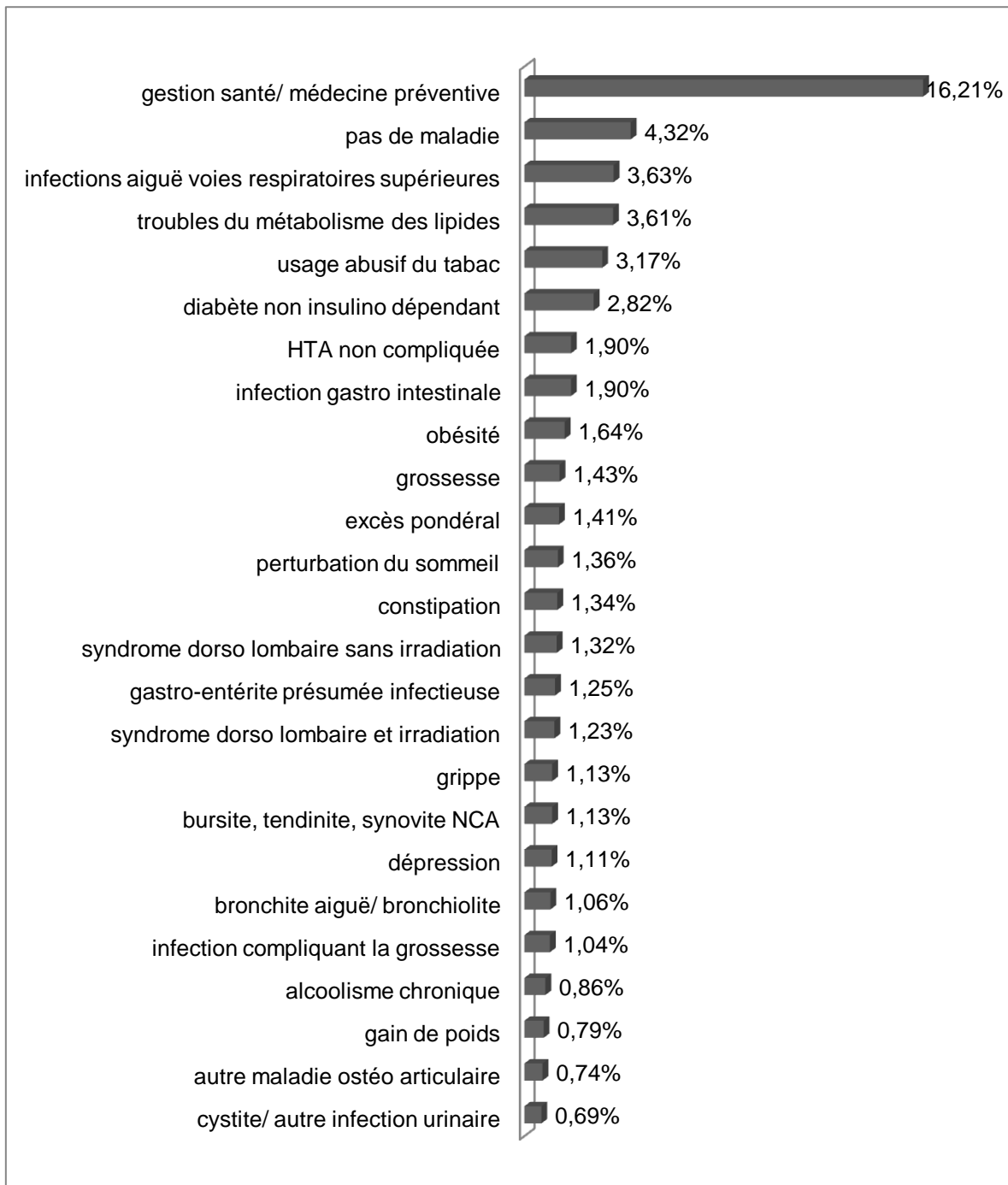


Figure 11 : Les 25 résultats de consultation les plus fréquents avec la procédure \*45 (en pourcentage)

Nous retrouvons la « médecine préventive » en première position avec plus de 20% des RC.

Il n'existe que des pathologies chroniques dans les 7 premiers résultats, sauf pour les « infections aiguës des voies respiratoires supérieures » qui arrivent en troisième place.

### 3.2.1.3. Les 25 résultats de consultation les plus fréquents avec la procédure \*58

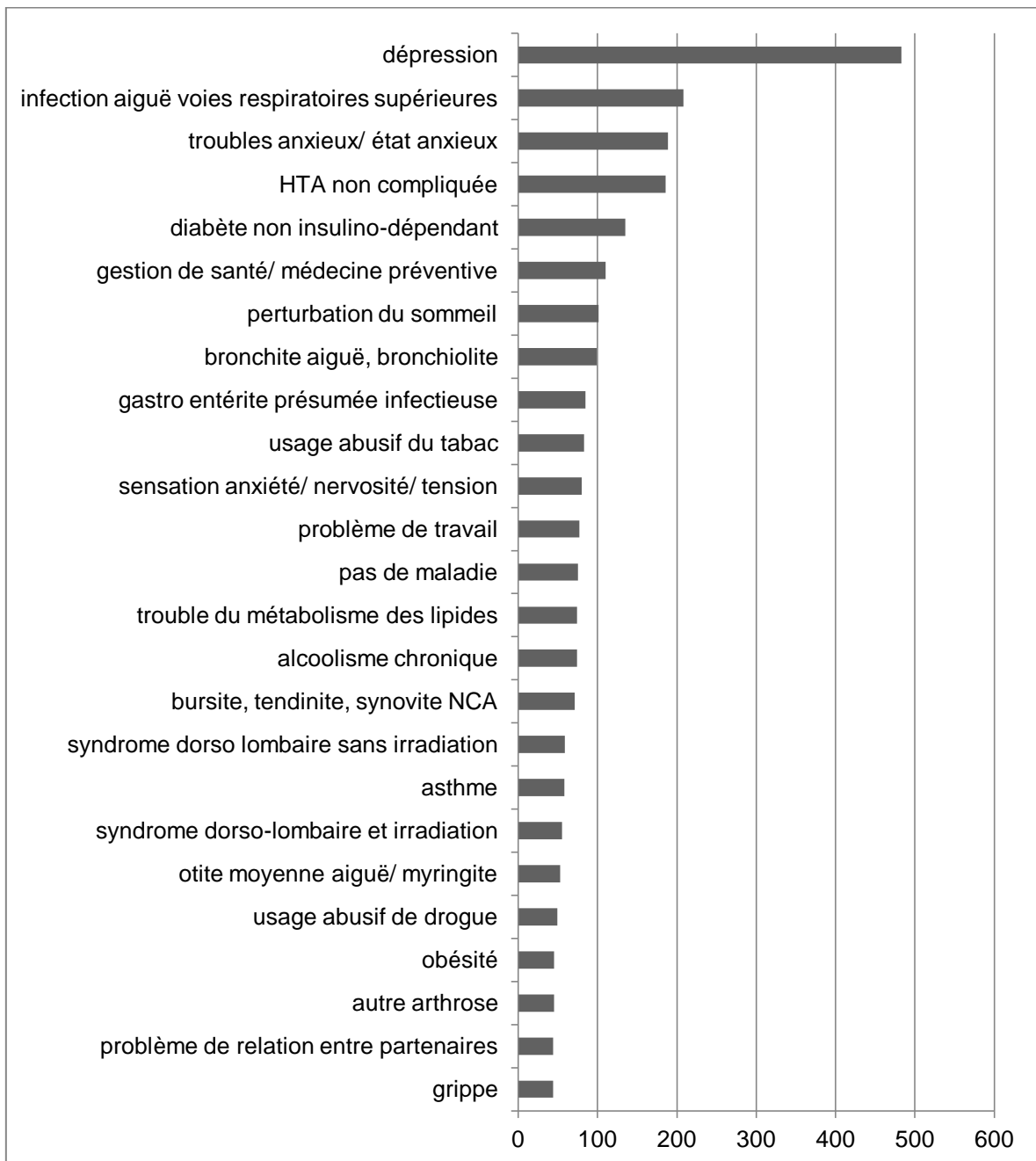


Figure 12 : Les 25 résultats de consultation les plus fréquents avec la procédure \*58 (par effetif)

L'effectif de la procédure \*58 est de 5560 lignes. Voici la représentation en pourcentage des 25 premiers RC soit 45,62%.



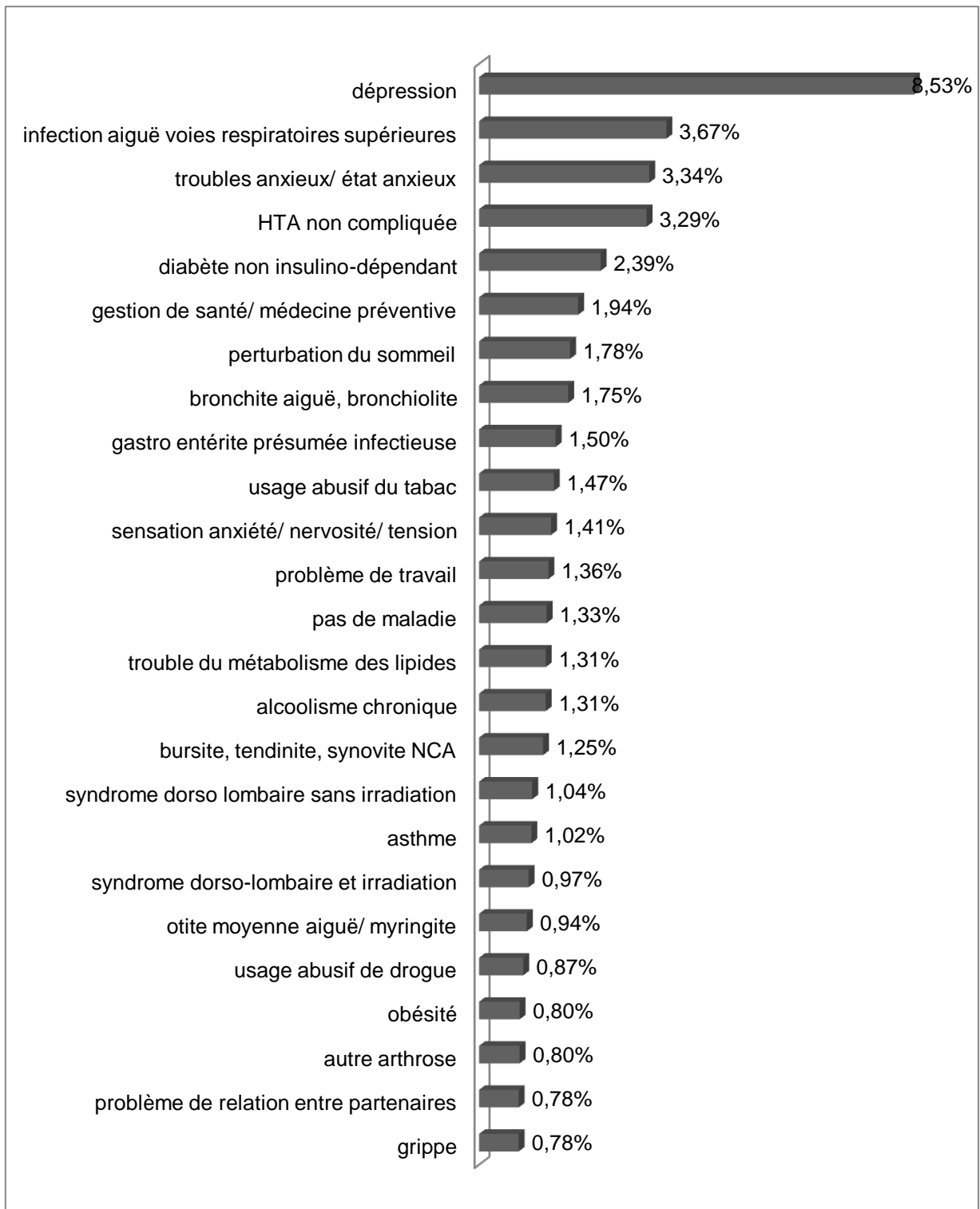


Figure 13 : Les 25 résultats de consultation les plus fréquents avec la procédure \*58 (en pourcentage)

La « dépression » est le premier résultat de consultation. Les résultats d'ordre psychologique occupent 9 des 25 premiers RC. Le RC « infections aiguës de voies respiratoires supérieures » est en deuxième place. Il existe aussi des pathologies chroniques pour 18 RC sur les 25 RC les plus fréquents.

### 3.2.1.4. Les résultats de consultation les plus fréquents concernant les pathologies chroniques avec les procédures \*45 ou \*58

Nous avons sélectionné les pathologies chroniques, concernées majoritairement par l'éducation thérapeutique du patient. Elle représente 29,2 % des 25 premiers RC.

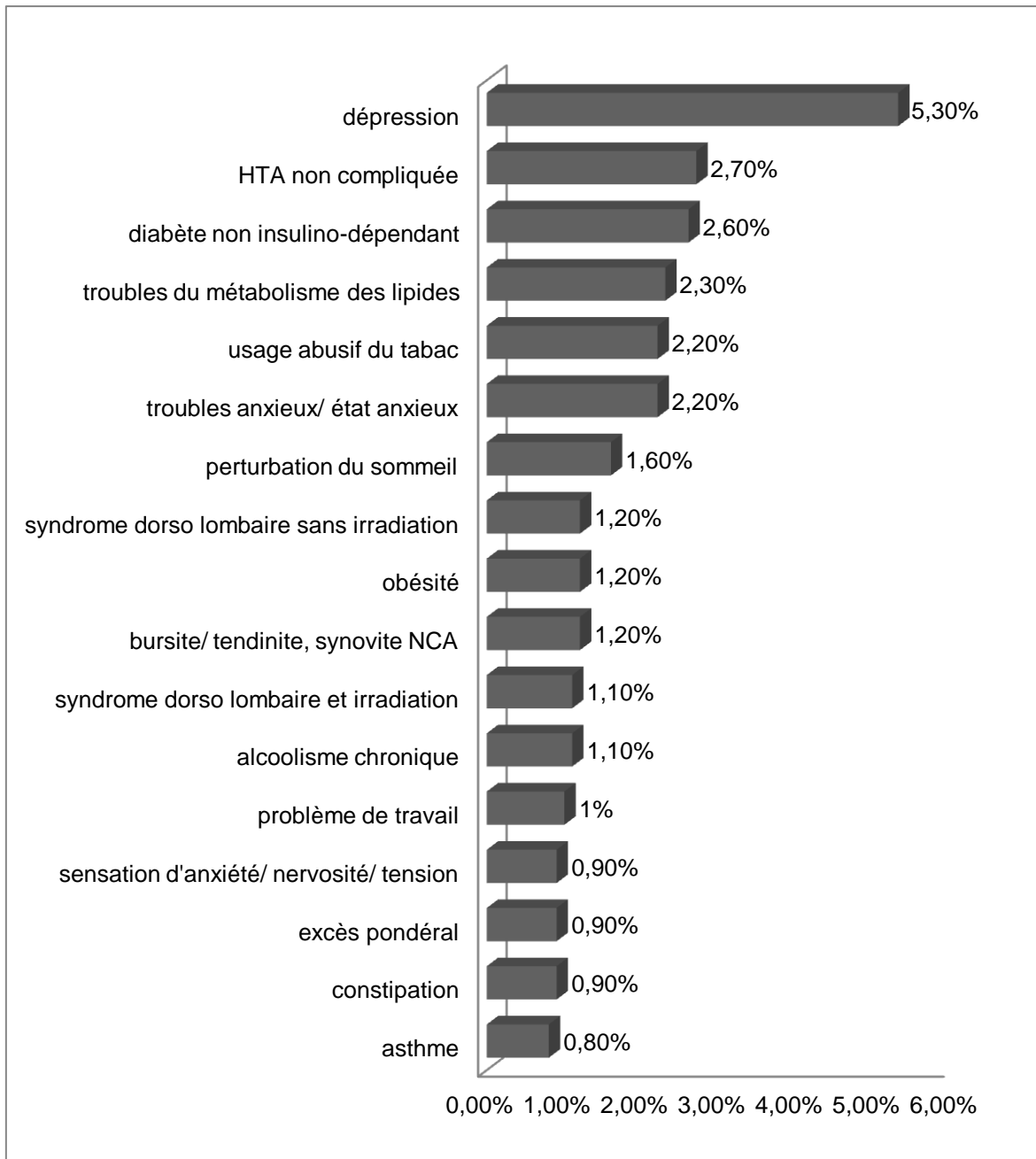


Figure 14 : Les 18 résultats de consultation les plus fréquents concernant les pathologies chroniques avec les procédures \*45 ou \*58

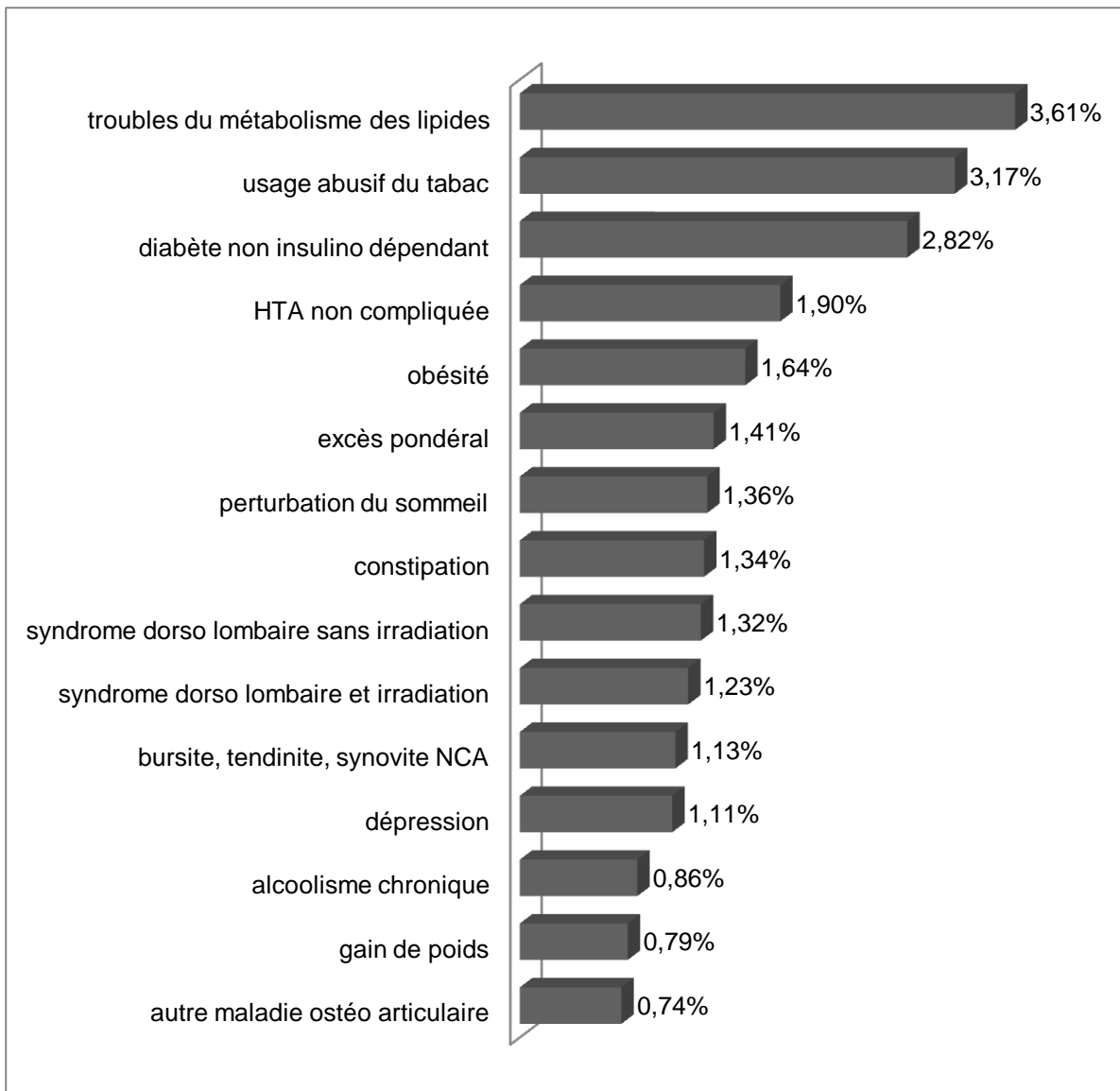


Figure 15 : Résultats de consultation les plus fréquents concernant les pathologies chroniques avec la procédure \*45 (pourcentage)

Les « troubles du métabolisme des lipides » arrivent en premier, suivi de près par « l'usage abusif du tabac » et le « diabète non insulino-dépendant ».

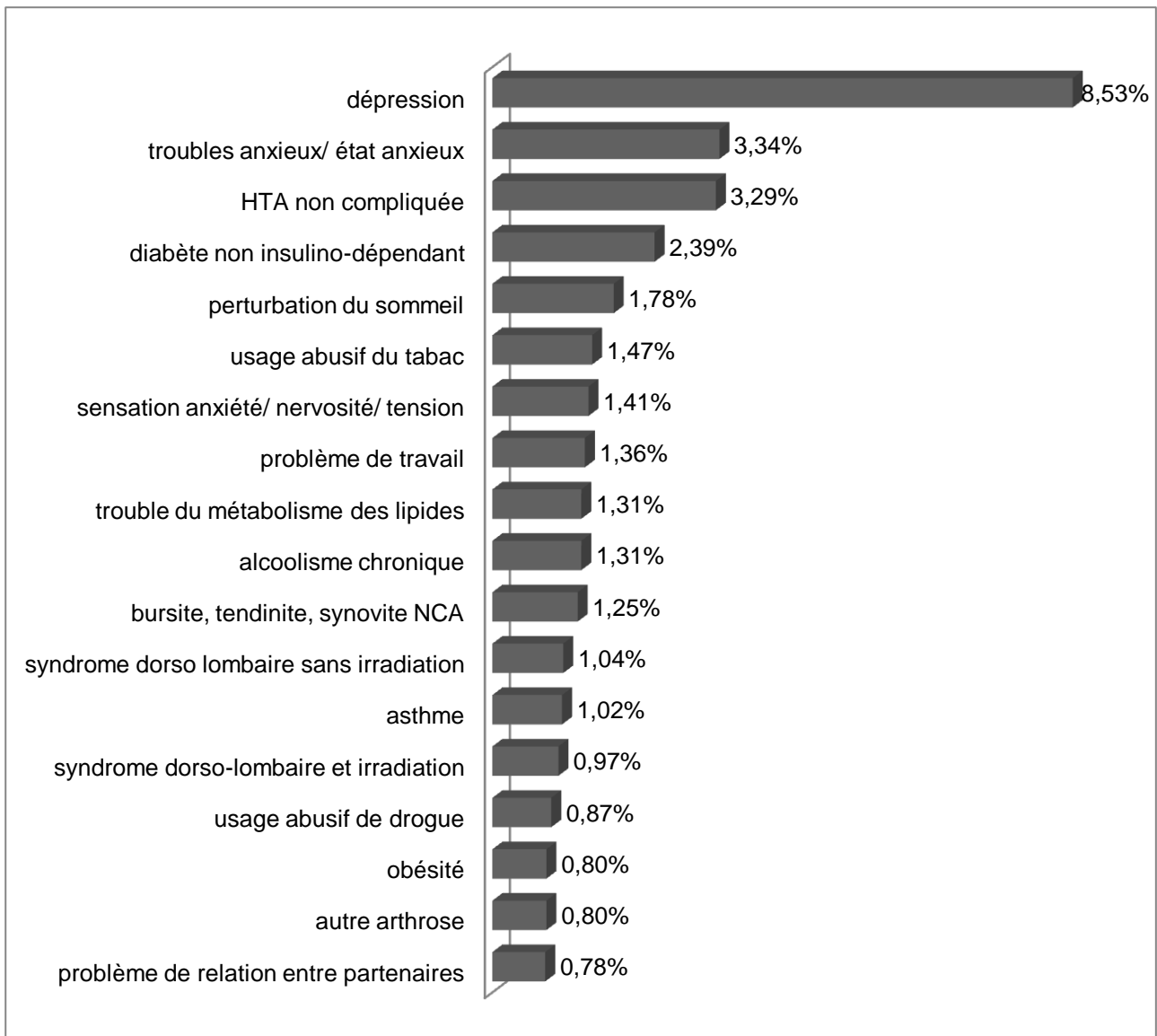


Figure 16 : Résultats de consultation les plus fréquents concernant les pathologies chroniques avec la procédure \*58 (pourcentage)

La « dépression » est largement majoritaire. Puis les « troubles anxieux » et « l’HTA non compliquée » arrivent en deuxième et troisième positions dans des proportions équivalentes.

Nous remarquons qu’entre ces deux procédures il existe de nombreux RC similaires.

### 3.2.1.5. Effectif par appareil pour les procédures \*45 ou \*58

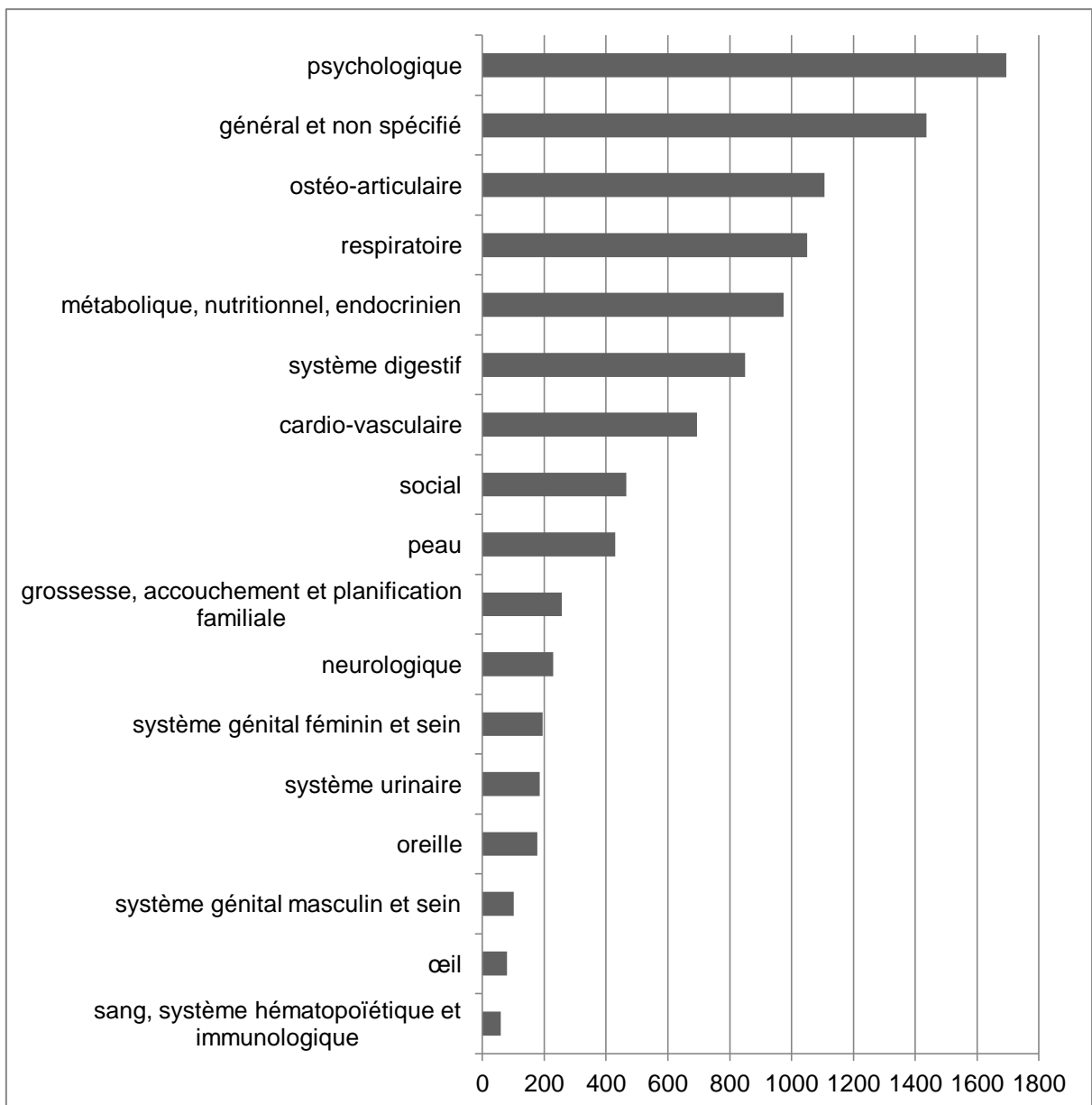


Figure 17 : Effectif par appareil pour les procédures \*45 ou \*58

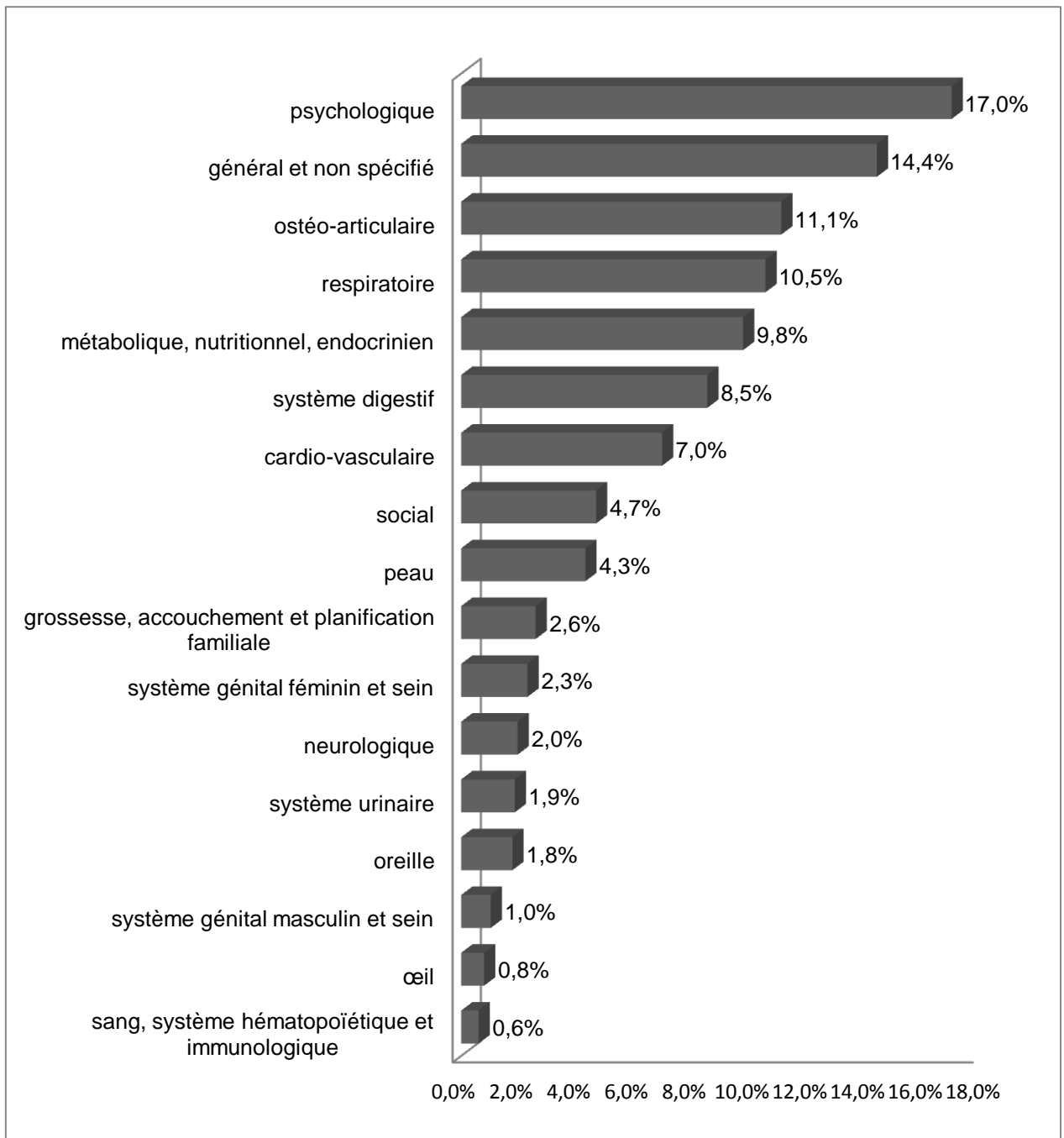


Figure 18 : Représentation des procédures \*45 ou \*58 par appareil en pourcentage

Neufs appareils représentent 87,3 % des pathologies. Le premier appareil est psychologique. L'appareil général et non spécifié comprend outre la médecine préventive, la fatigue, les résultats d'investigations anormales.

Nous avons ensuite recherché pour les trois premiers appareils, concernés par l'ETP, les dix RC les plus fréquents.

### 3.2.1.5.1. Les procédures \*45 ou \*58 dans l'appareil psychologique

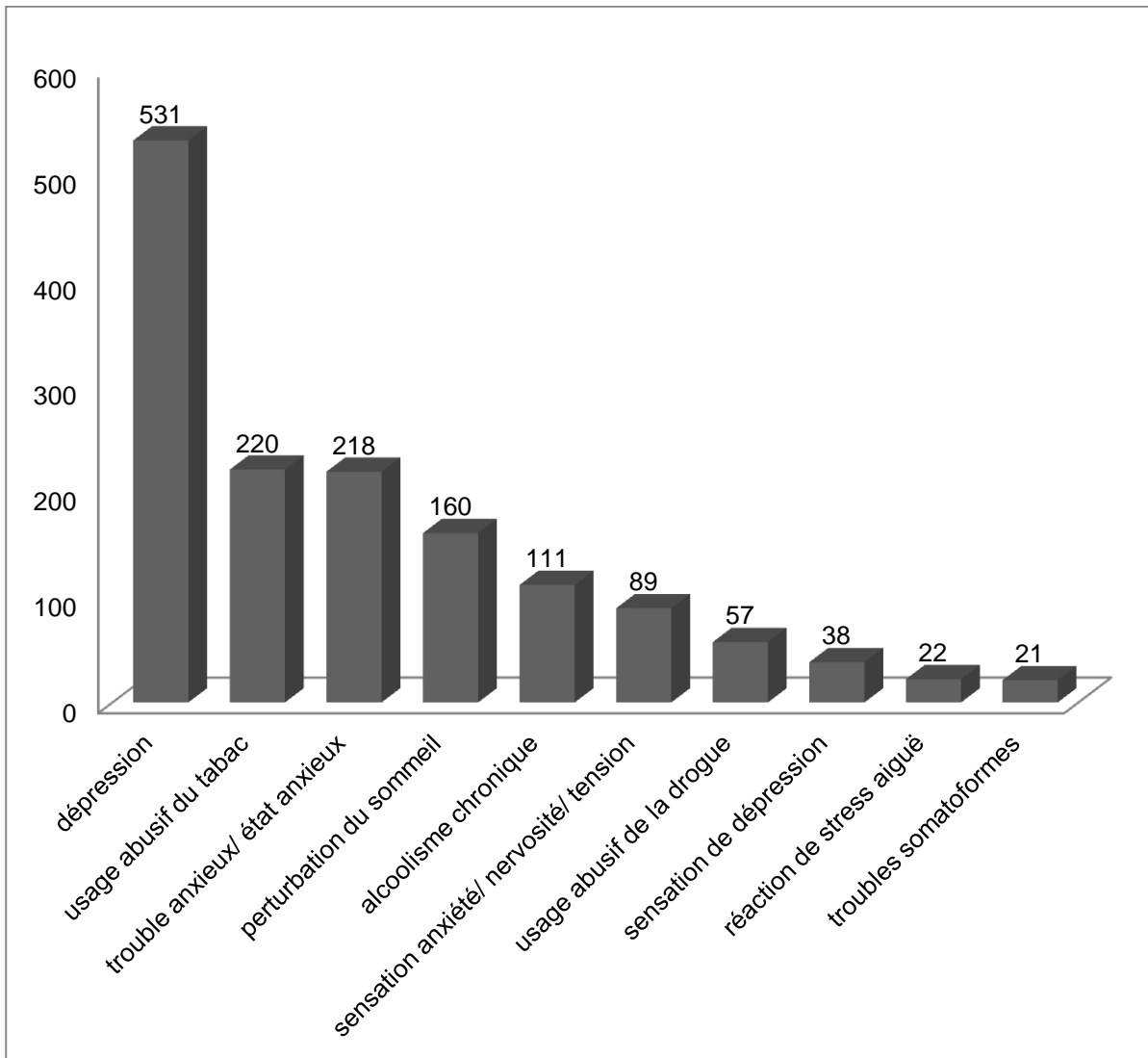


Figure 19 : 10 RC les plus fréquents pour l'appareil psychologique (effectif)

Les troubles anxio-dépressifs et les usages abusifs de drogues (tabac, alcool) prédominent.

### 3.2.1.5.2. Les procédures \*45 ou \*58 dans l'appareil général et non spécifié

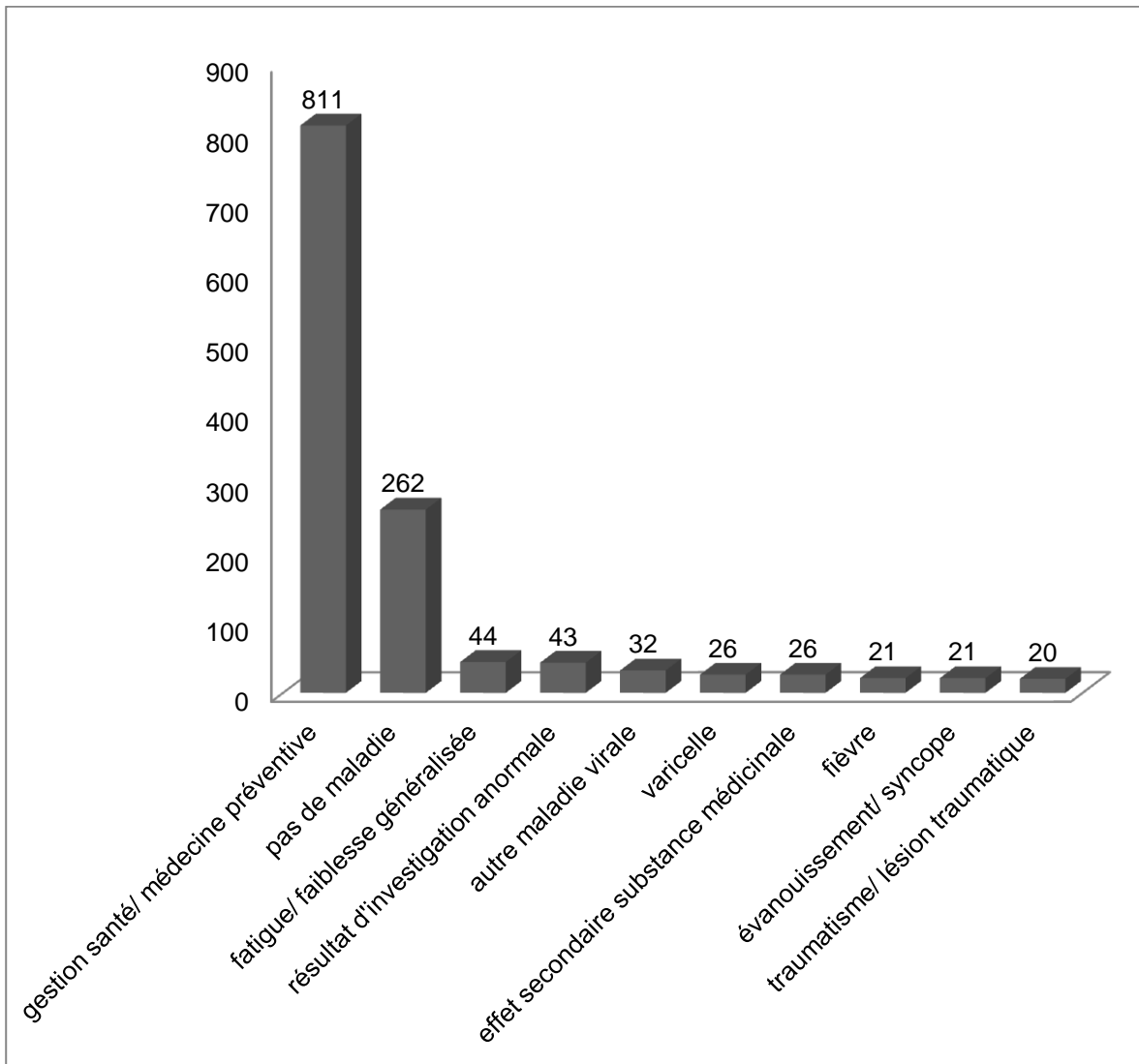


Figure 20 : Les 10 RC les plus fréquents pour l'appareil général et non spécifique (effectif)

La médecine préventive et les patients non malades sont majoritaires.



### 3.2.1.5.3. Les procédures \*45 ou \*58 dans l'appareil ostéo-articulaire

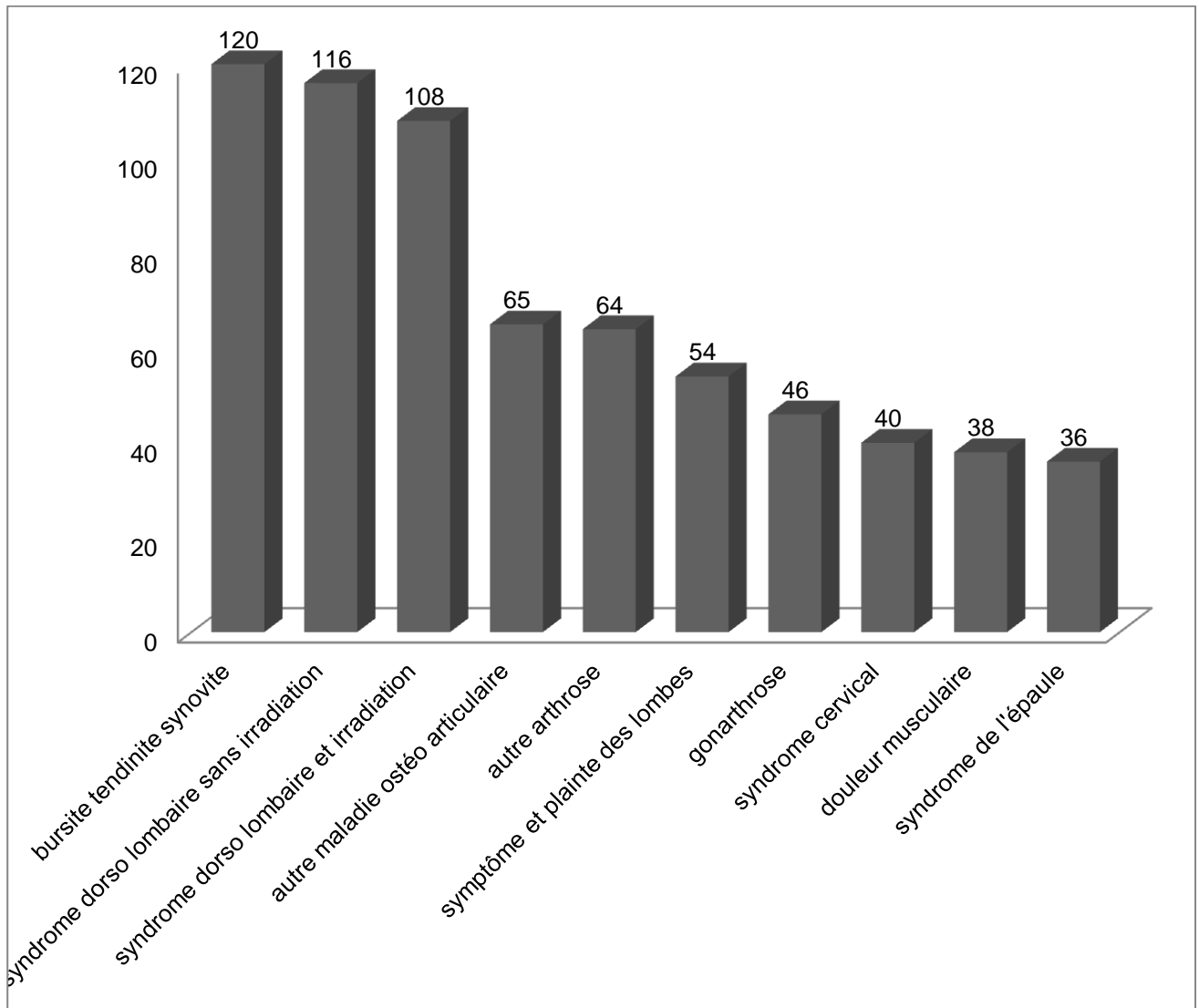


Figure 21 : Les 10 RC les plus fréquents pour l'appareil ostéo-articulaire (effectif)

Les tendinopathies et les lombalgies sont prépondérantes.

### 3.2.2. La population concernée par l'ETP

#### 3.2.2.1. Répartition des procédures \*45 ou \*58 par tranches d'âges

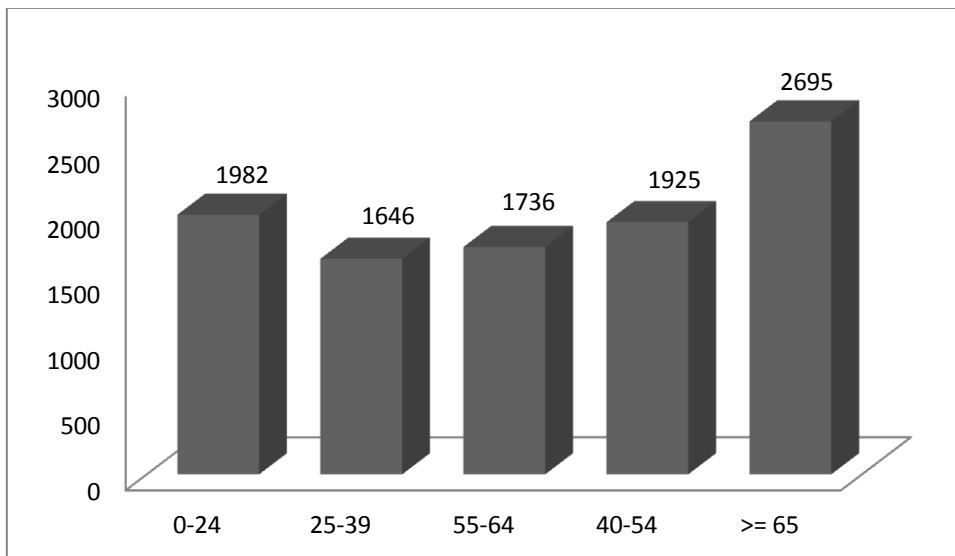


Figure 22 : Effectif par tranches d'âges de la population ayant eu la procédure \*45 ou \*58 (n = 9984)

Il existe une bonne répartition de ces procédures par tranches d'âges, avec une petite prédominance des 0-24 et >= à 65 ans.

La tranche d'âges 25-39 est la moins concernée.

Nous avons recherché pour chaque tranche d'âges les 10 RC les plus fréquents.

### 3.2.2.2. Les 10 résultats de consultation, concernés par les procédures \*45 ou \*58, les plus fréquents par tranches d'âges

#### 3.2.2.2.1. 0-24 ans

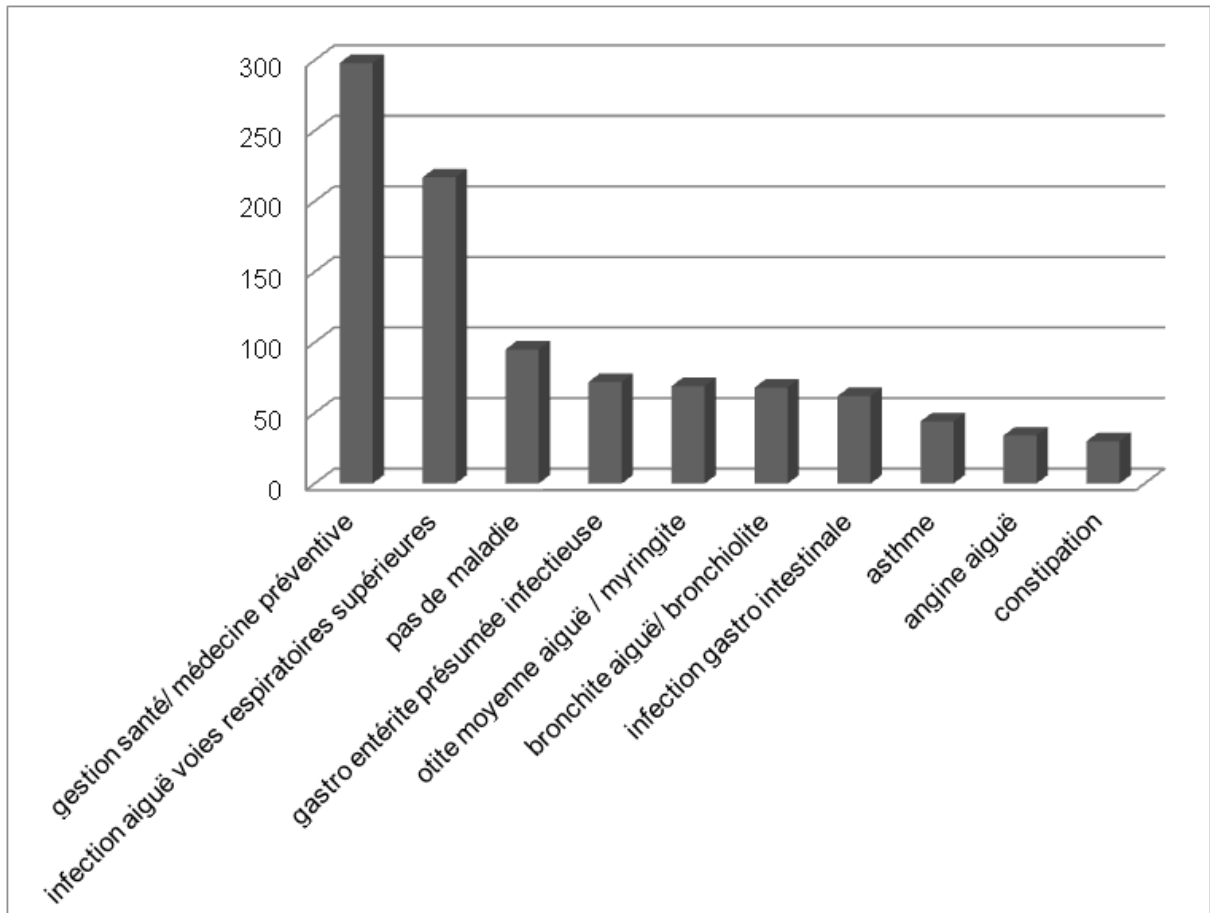


Figure 23 : Les 10 RC les plus fréquents dans la tranche d'âges 0-24 ans pour les procédures \*45 ou \*58 (effectif)

Il s'agit essentiellement de pathologies aiguës et de médecine préventive pour cette tranche d'âges. Une pathologie chronique apparaît dans le top 10 : « l'asthme ».

### 3.2.2.2.2. 25-39 ans

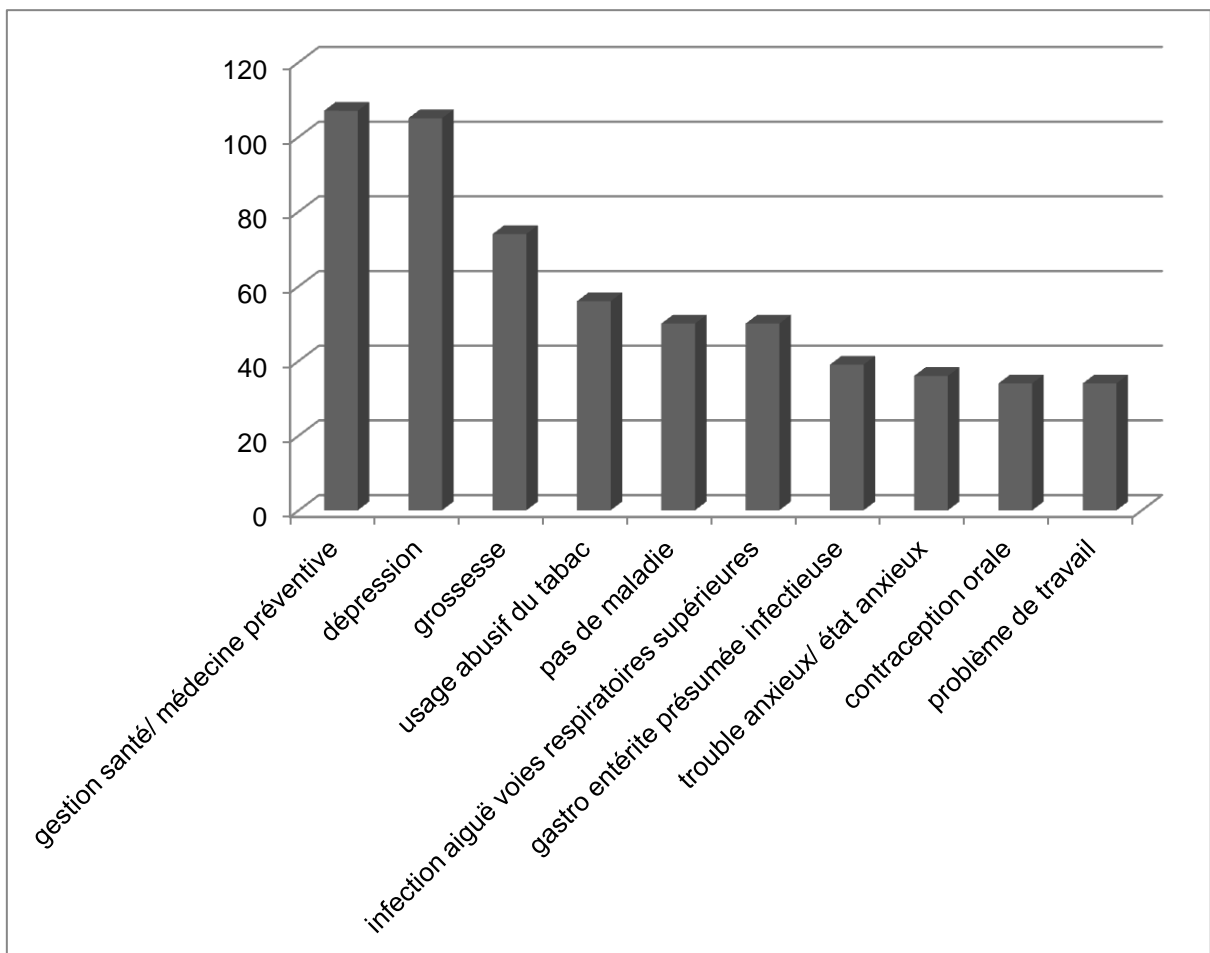


Figure 24 : Les 10 RC les plus fréquents dans la tranche d'âges 25-39 ans pour les procédures \*45 ou \*58 (effectif)

La « médecine préventive » et la « dépression » sont les RC les plus nombreux dans cette tranche d'âges.

Les RC liés à la femme sont décrits dans ce top 10.

Nous retrouvons « l'usage abusif du tabac » en 4<sup>ème</sup> position.

### 3.2.2.2.3. 40-54 ans

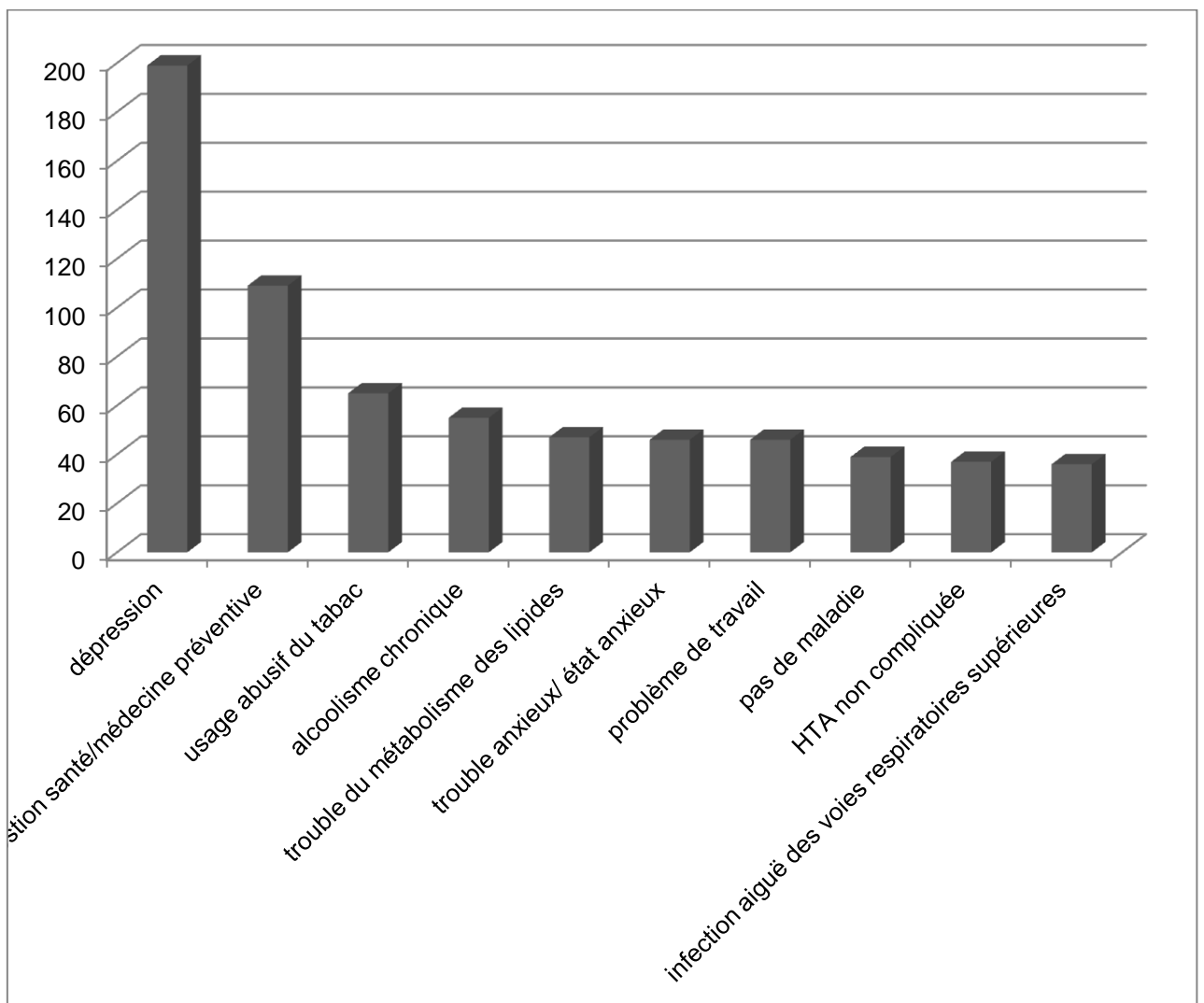


Figure 25 : Les 10 RC les plus fréquents dans la tranche d'âges 40-54 ans pour les procédures \*45 ou \*58 (effectif)

Pour cette tranche d'âges, la « dépression » arrive en premier.

Les addictions (alcool, tabac) apparaissent aussi dans les premiers RC.

Les premières pathologies chroniques en dehors de la dépression sont présentes (« troubles du métabolisme des lipides », « HTA »).

### 3.2.2.2.4. 55-64 ans

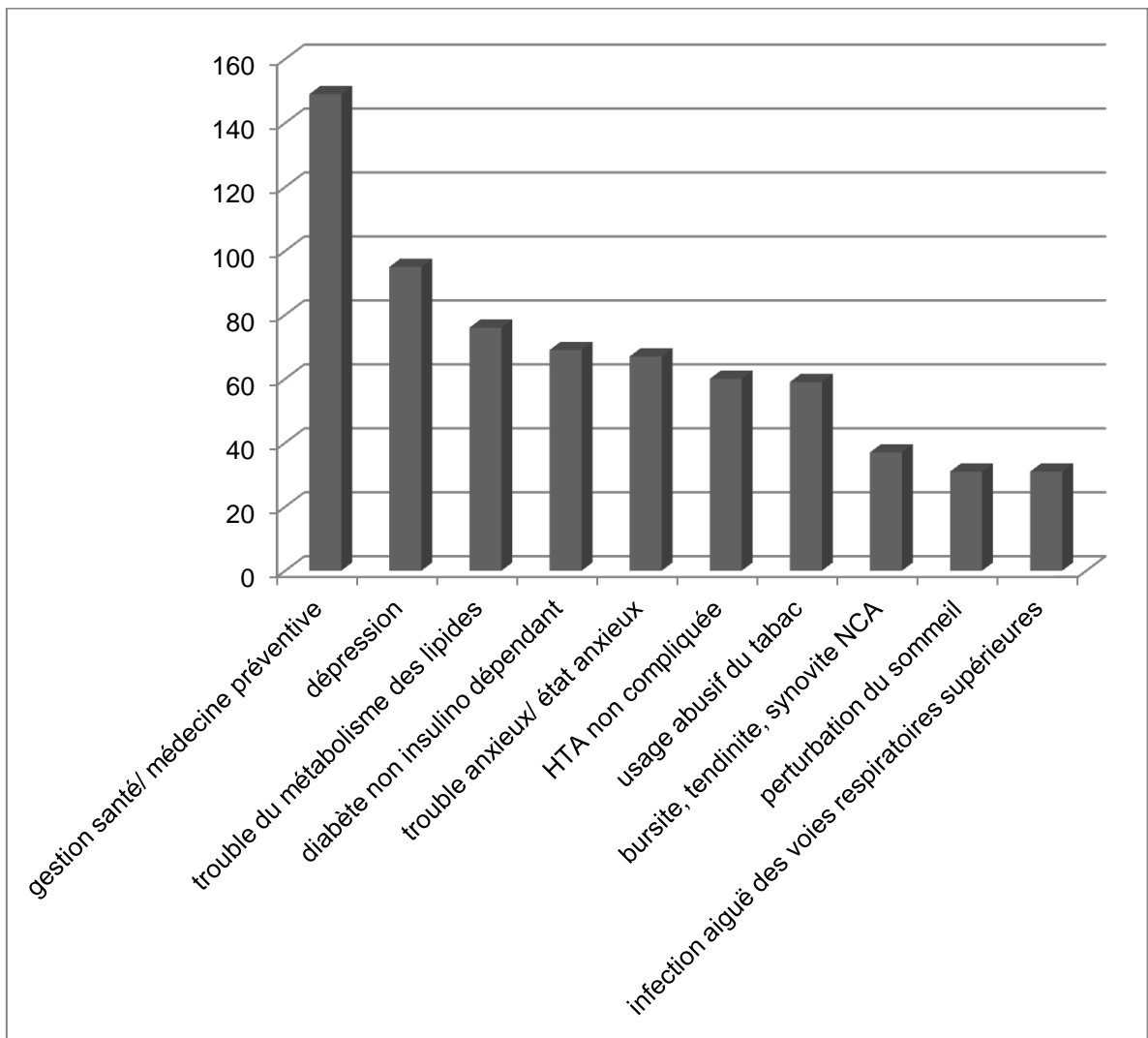


Figure 26 : Les 10 RC les plus fréquents dans la tranche d'âges 55-64 ans pour les procédures \*45 ou \*58 (effectif)

Dans cette tranche d'âges les pathologies chroniques sont majoritaires, dans 8 RC sur les 10 RC les plus fréquents.

### 3.2.2.2.5. >= 65 ans

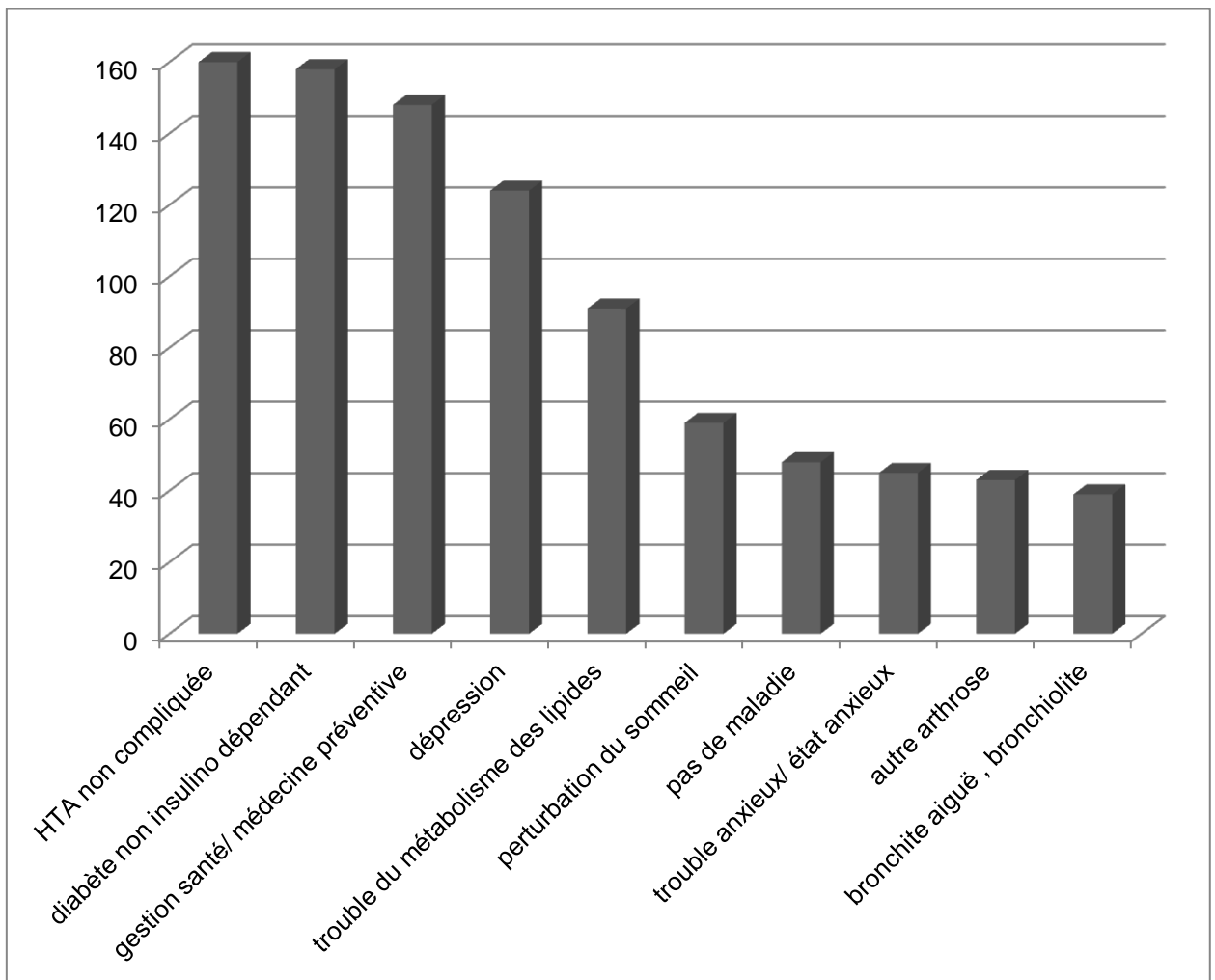


Figure 27 : Les 10 RC les plus fréquents dans la tranche d'âges >= 65 ans pour les procédures \*45 ou \*58 (effectif)

« L' HTA » et le « diabète non insulino-dépendant » arrivent en tête et dépasse la « médecine préventive ».

Dans cette tranche d'âges les procédures liées à l'éducation thérapeutique concernent majoritairement des pathologies chroniques : « HTA non compliquée », « diabète non insulino-dépendant », « dépression », « trouble du métabolisme des lipides », « perturbation du sommeil », « troubles anxieux » et « autre arthrose ».

### 3.2.2.3. Répartition des procédures \*45 ou \*58 en fonction du sexe

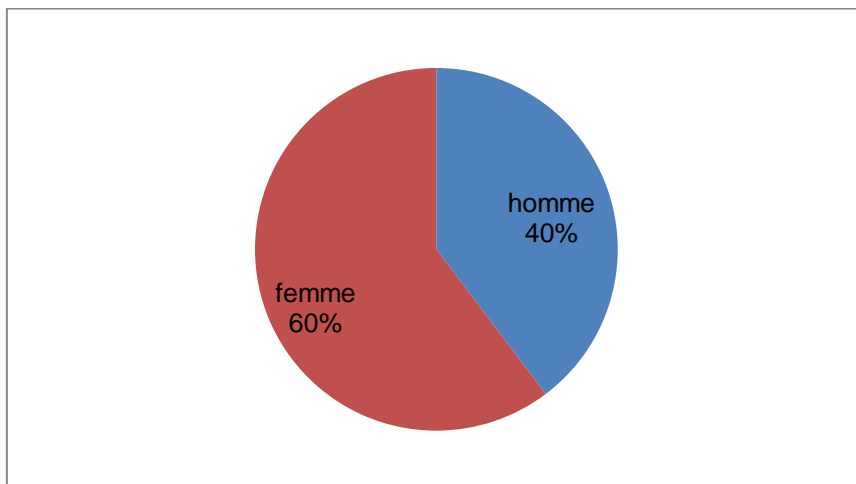


Figure 28 : Pourcentage en fonction du sexe

#### 3.2.2.3.1. Effectif des procédures \*45 ou \*58 par tranches d'âges et par sexe

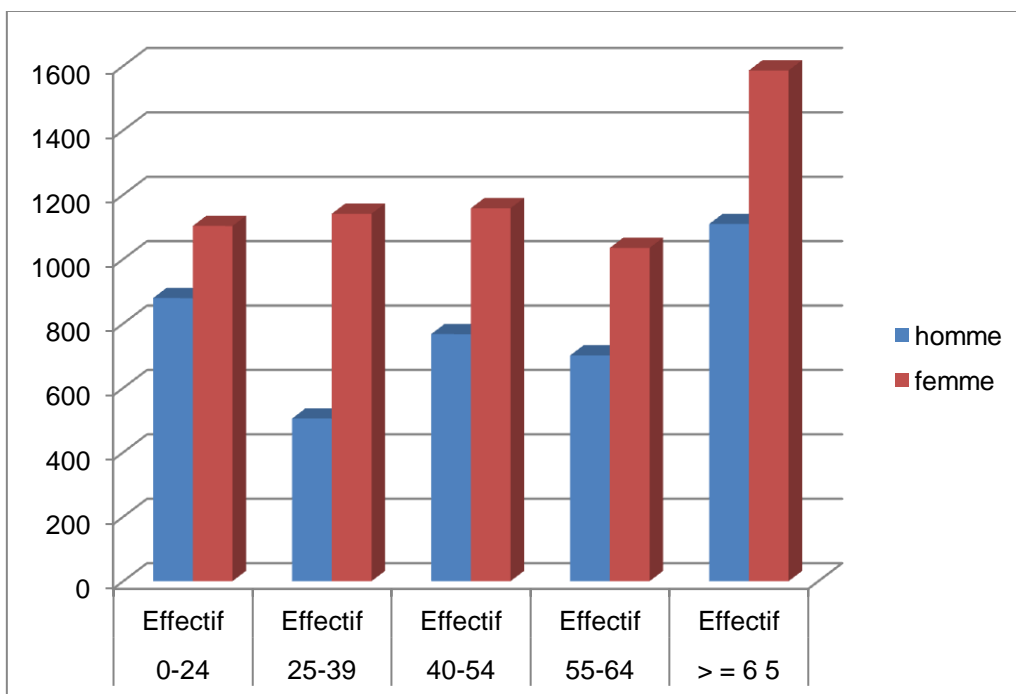


Figure 29 : Effectif des procédures \*45 ou \*58 par tranche d'âges et par sexe

Nous remarquons qu'il y a plus de procédures d'ETP réalisées chez les femmes que chez les hommes quelle que soit la tranche d'âges.



### 3.2.2.3.2. Répartition des procédures \*45 ou \*58 dans le sexe par tranche d'âges

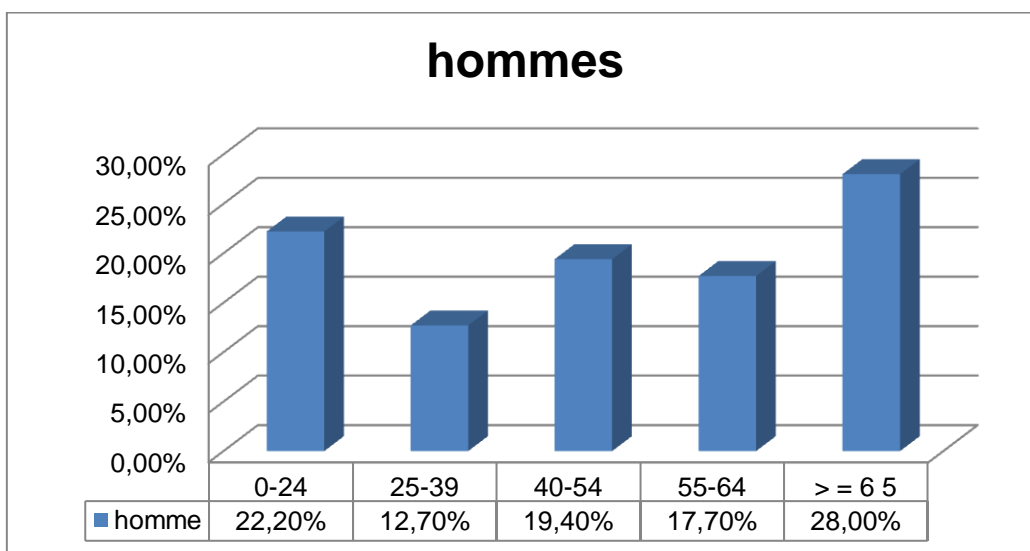


Figure 30 : Répartition des hommes par tranches d'âges

Les hommes de plus de 65 ans et de moins de 24 ans sont les plus concernés par l'éducation thérapeutique. La tranche des 25-39 ans est nettement moins soumise à ces procédures.

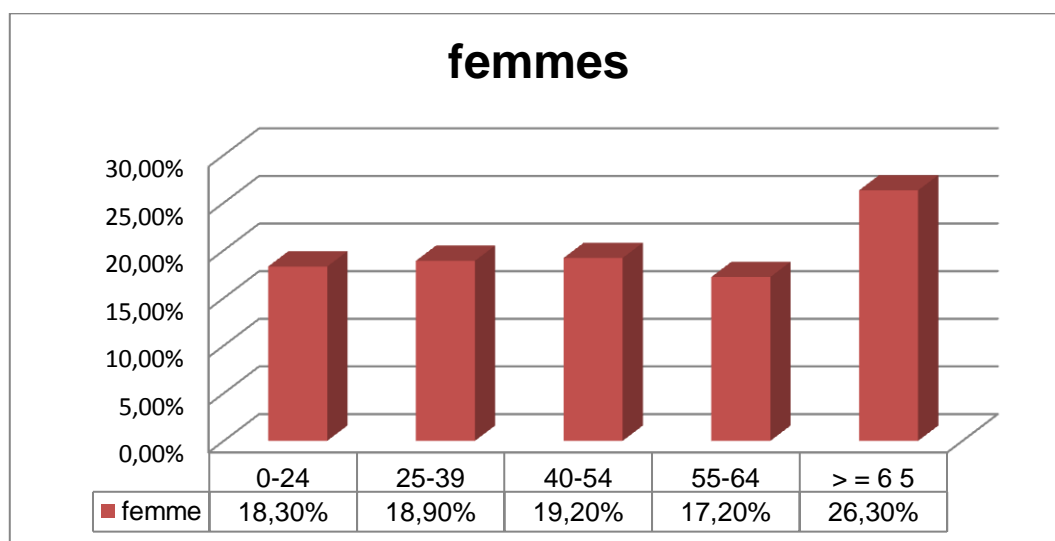


Figure 31 : Répartition des femmes en fonction des tranches d'âges

La tranche d'âges des plus de 65 ans est majoritairement concernée par les procédures d'ETP. Concernant les autres tranches d'âge, ces procédures sont équitablement réparties.

### 3.2.2.4. Répartition des procédures \*45 ou \*58 selon les catégories socioprofessionnelles

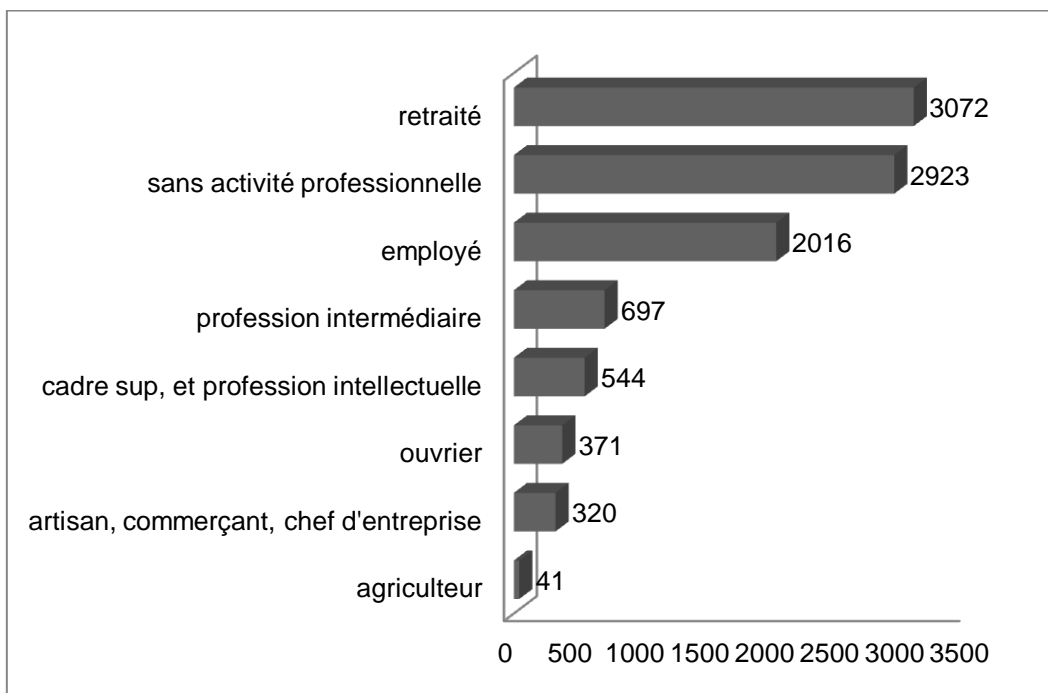


Figure 32 : Effectif en fonction de la catégorie socioprofessionnelle (n = 9984)

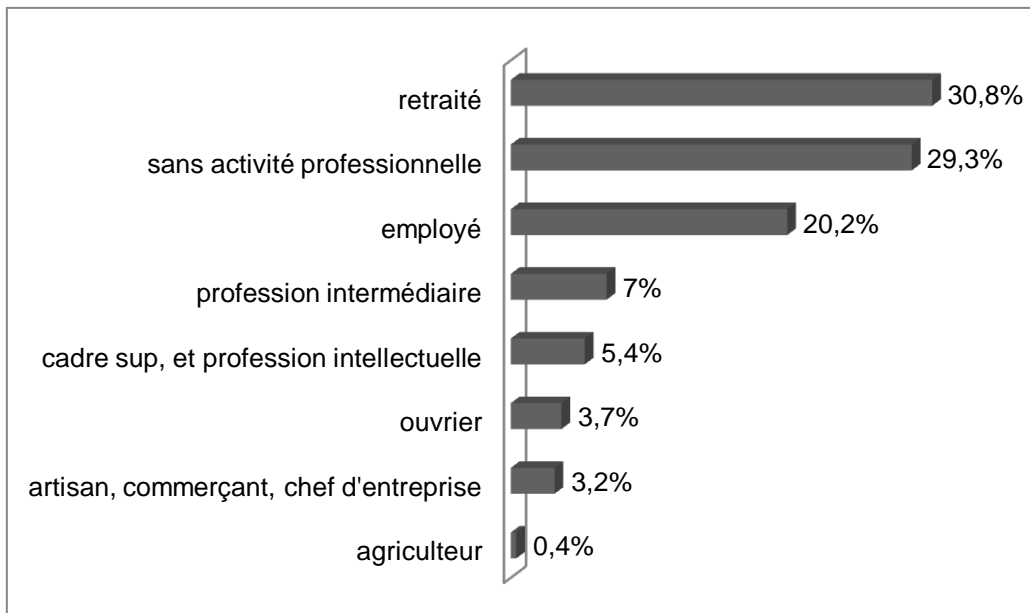


Figure 33 : Pourcentage en fonction de la catégorie socioprofessionnelle

Concernant les étudiants, 266 sont concernés par ces procédures soit 2,7%.

Les catégories socioprofessionnelles les plus concernées sont les retraités et les personnes sans activité professionnelle.

### 3.2.2.5. Effectif des procédures \*45 ou \*58 en fonction de la catégorie socioprofessionnelle et du sexe

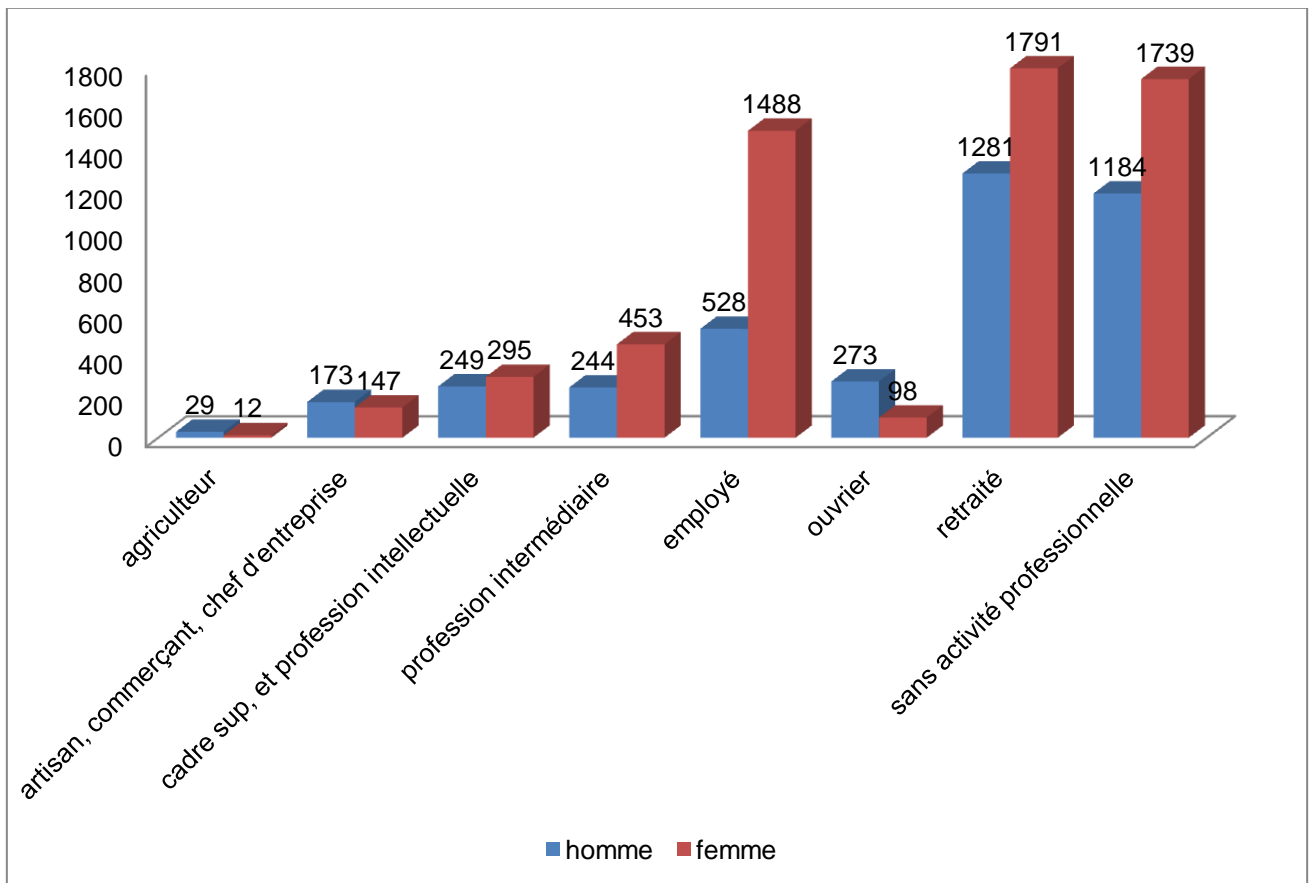


Figure 34 : Effectif en fonction de la CSP et du sexe

Les femmes retraitées sont les plus concernées. Il y a une nette différence d'application de l'ETP entre les hommes et les femmes employés. Les CSP où les hommes sont majoritaires aux femmes sont les ouvriers, les artisans / commerçants / chefs d'entreprise et les agriculteurs. Les agriculteurs sont très peu représentés.

### 3.2.2.6. Répartition des procédures \*45 ou \*58 en fonction du statut

Concernant les statuts, 19 combinaisons de statuts sont possibles.

Par exemple :

- Statut standard,
- ALD et CMU,
- ALD et CMU et invalidité,
- ALD et invalidité,
- AT et invalidité...

Nous avons choisi de regrouper les CMU et AME, les considérant comme critère social, et les MP, AT et invalidité, en tant que critère professionnel.

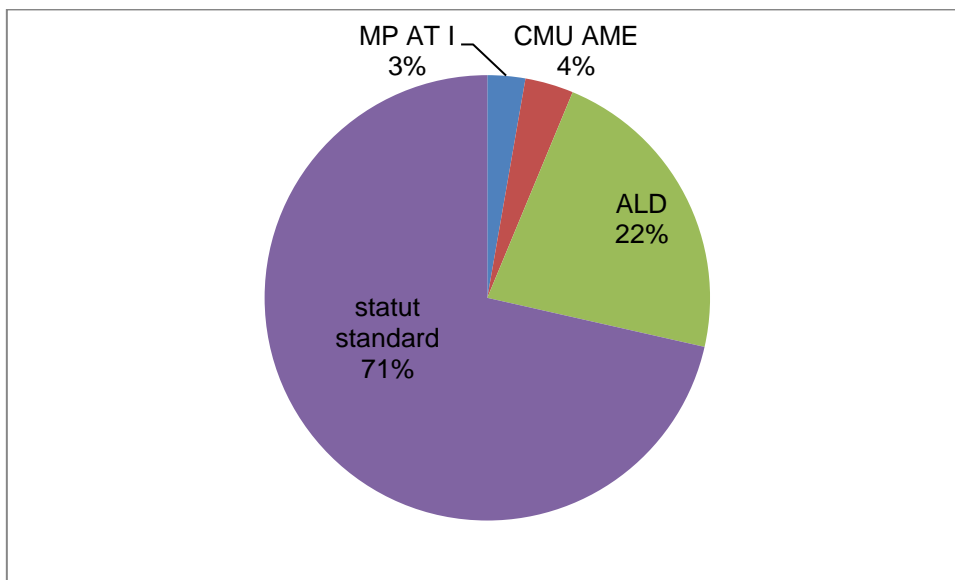


Figure 35 : Statuts dans les procédures \*45 ou \*58

Les statuts standards et les statuts ALD sont très largement majoritaires (93%).

### 3.2.3. L'influence de l'ETP sur la durée de consultation

La durée moyenne de consultation avec les procédures \*45 ou \*58 est de **19,86 minutes** avec un écart type à 13,80.

La durée de consultation minimale notée est de 2 minutes et la durée de consultation maximale notée est de 620 min. Il s'agit probablement d'une erreur de saisie bien que les durées aberrantes aient été vérifiées à la demande des coordinateurs.

La durée moyenne de consultation sans les procédures \*45 ou \*58 dans la base de données princeps est de **18,7 minutes** avec un écart type de 14,4.

Après analyse, l'écart entre ces deux durées est **statistiquement significatif**.

Nous avons choisi de découper la durée de consultation en trois tranches de temps afin de pouvoir comparer avec et sans les procédures \*45 ou \*58.

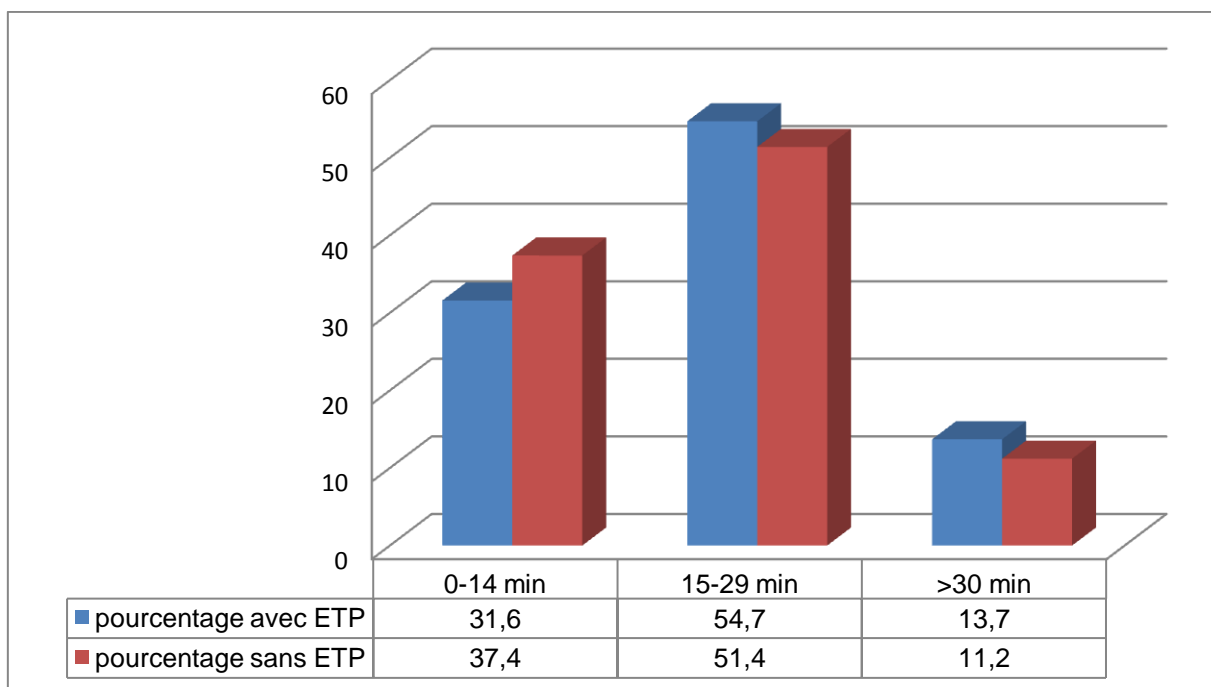


Figure 36 : Comparaison de la durée de consultation avec et sans les procédures \*45 ou \*58 par tranches de temps et en pourcentage

La majorité des consultations avec ou sans ETP dure de 15 à 29 minutes. Les consultations avec ETP sont moins nombreuses que les consultations sans ETP si celles-ci durent moins de 15 minutes.

### 3.2.4. Les médecins pratiquant l'ETP

#### 3.2.4.1. Répartition par tranches d'âges

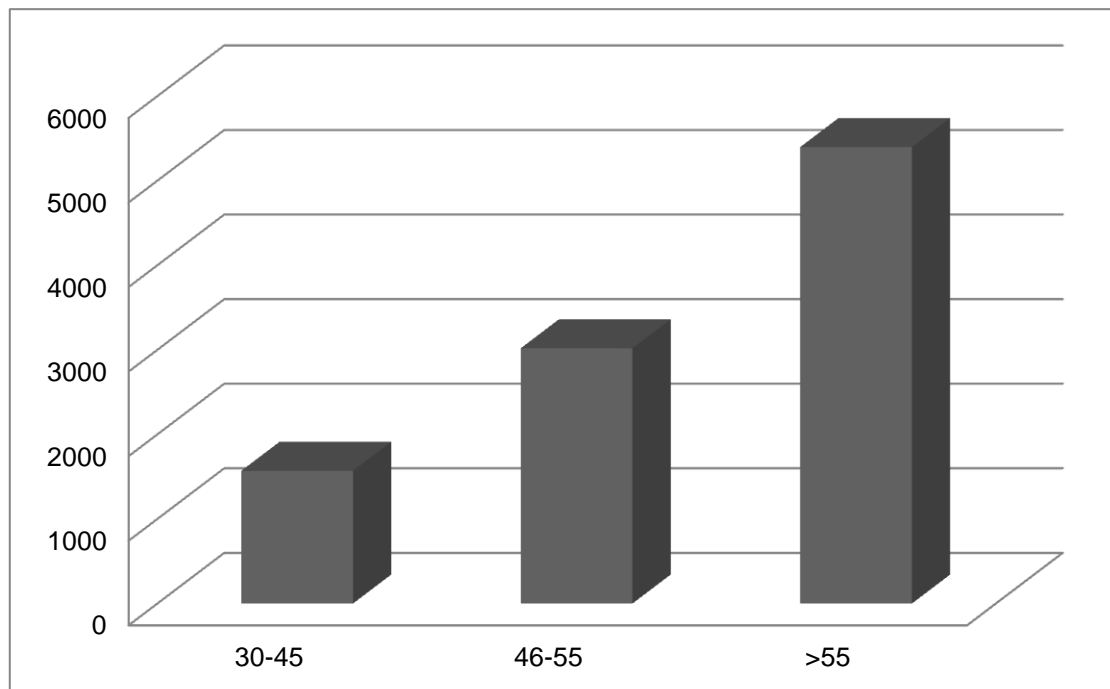


Figure 37 : Effectif des médecins par tranches d'âges ayant réalisé des procédures \*45 ou \*58

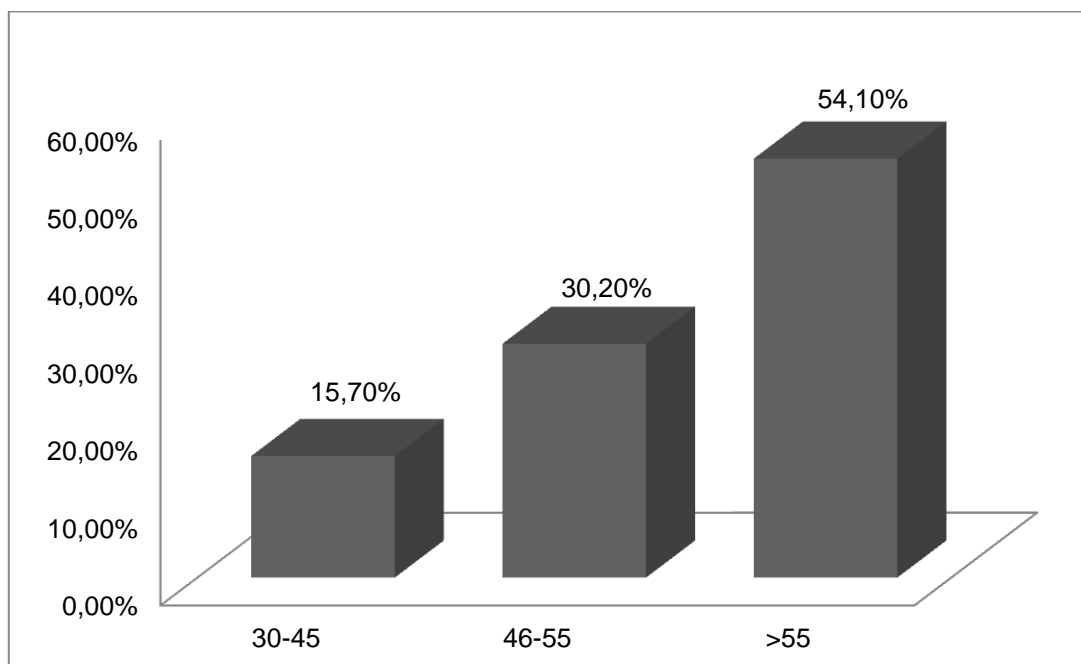


Figure 38 : Répartition des médecins ayant réalisé des procédures \*45 ou \*58 en pourcentage

Les médecins de plus de 55 ans réalisent majoritairement l'ETP.

### 3.2.4.2. Répartition par sexe

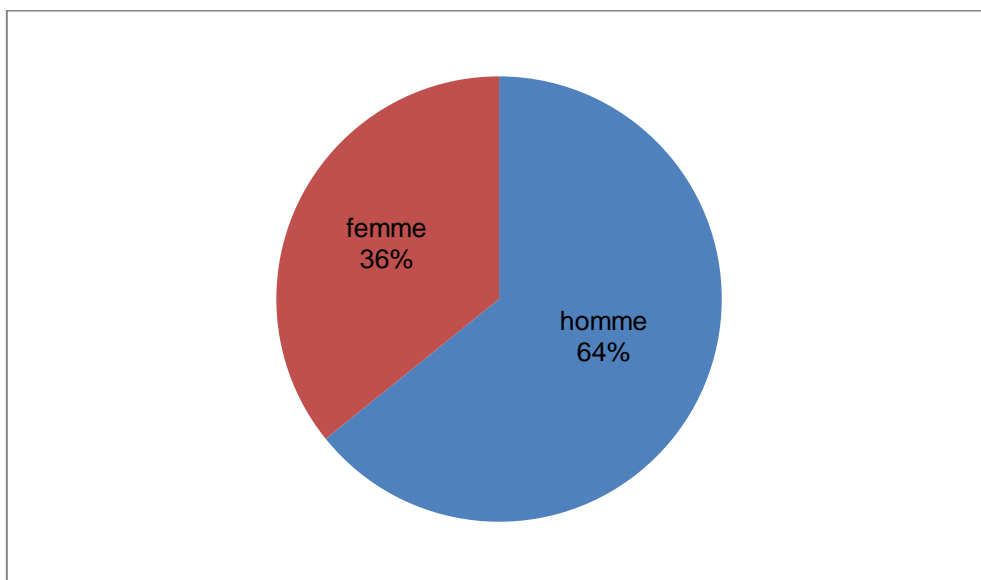


Figure 39 : Répartition par sexe des médecins ayant utilisé les procédures \*45 ou \*58

Les médecins hommes sont majoritaires comme dans la base de données générale ECOGEN.

### 3.2.4.3. Répartition par lieu d'exercice

Dans l'étude ECOGEN, pour décrire la représentativité des MSU la notion de Tranches d'Unité Urbaine (TUU) a été utilisée.

La base de données des communes a été téléchargée à partir du site de l'INSEE. La correspondance a été faite avec d'une part les données des codes communes de tous les médecins français à partir des données de la CNAM et d'autre part avec les communes des MSU d'ECOGEN.

Définition de Tranche d'Unité Urbaine 2010 :

Il s'agit du troisième caractère du code d'unité urbaine 2010 qui en comprend cinq. Ce code précise la taille de l'unité urbaine à laquelle appartient la commune au recensement de la population 2007. Il est calculé à partir de la population municipale de l'ensemble de l'unité urbaine. Dans le cas d'unités urbaines internationales, seules sont prises en compte les communes situées en France.

Signification des modalités :

0 Commune rurale

1 Commune appartenant à une unité urbaine de 2 000 à 4 999 habitants

2 Commune appartenant à une unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants

3 Commune appartenant à une unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants

4 Commune appartenant à une unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants

5 Commune appartenant à une unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants

6 Commune appartenant à une unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants

7 Commune appartenant à une unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants

8 Commune appartenant à l'unité urbaine de Paris.

Dans notre étude, nous avons utilisé des critères plus subjectifs en répartissant l'activité en trois lieux d'exercice : rural, semi-rural et urbain, définis par les internes sur leur lieu de stage avec le MSU lors de la saisie des données.

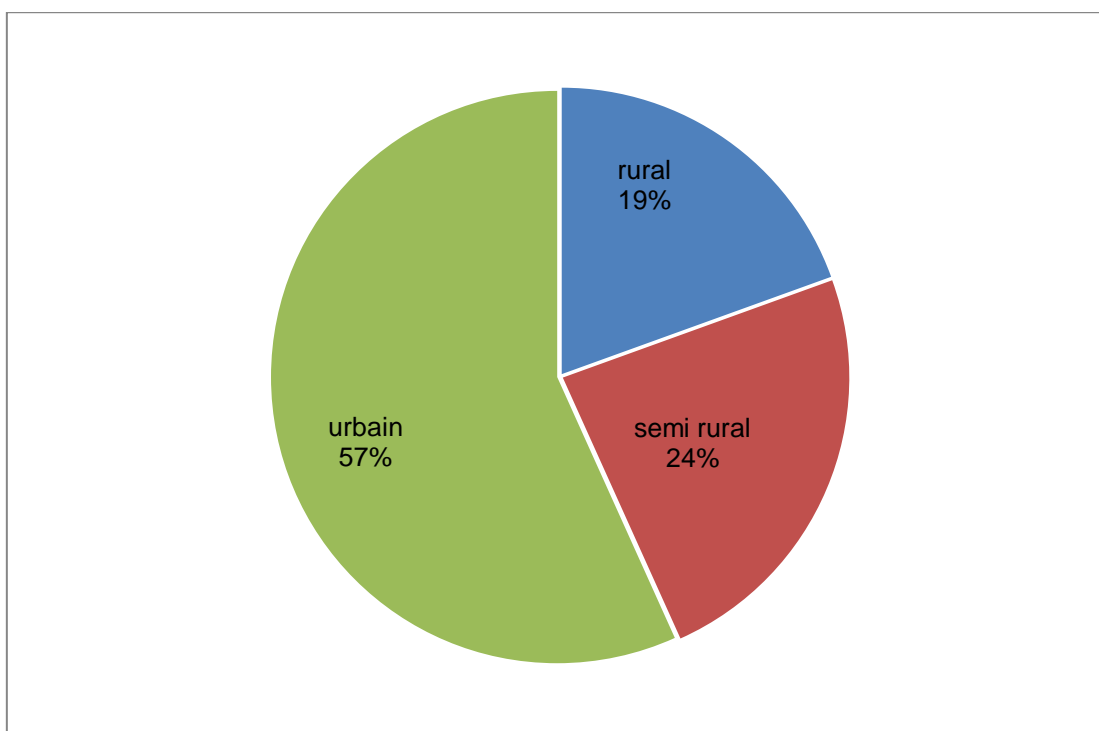


Figure 40 : Répartition des médecins ayant pratiqué les procédures \*45 ou \*58 en fonction du lieu d'exercice (en pourcentage)



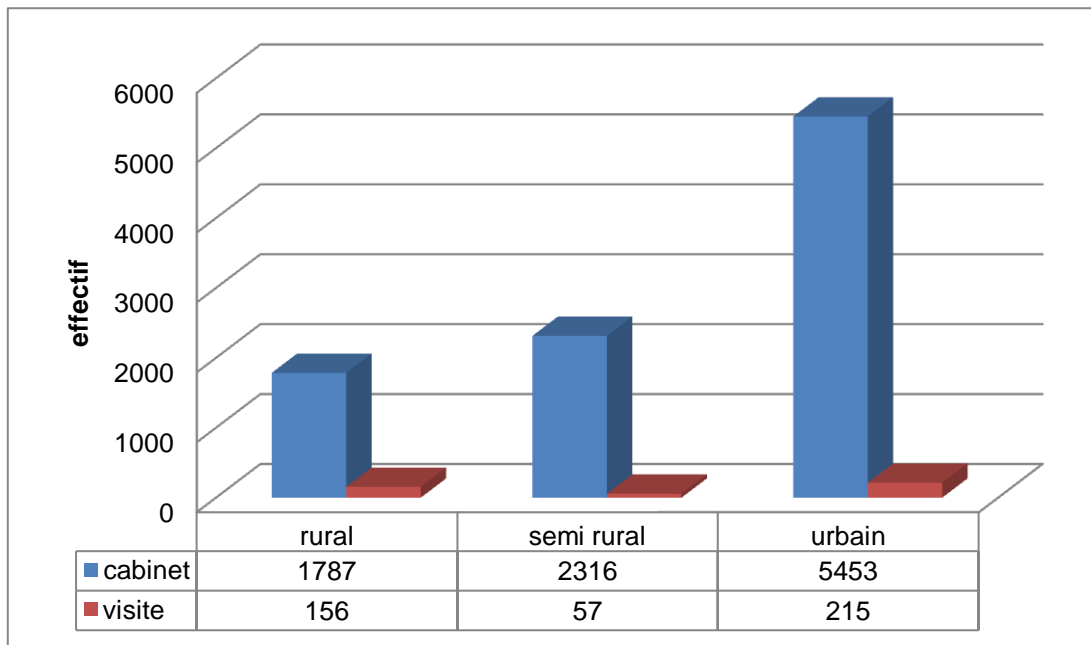


Figure 41 : Répartition en fonction du lieu d'exercice et du type de consultation, cabinet ou visite, pour les médecins ayant réalisé les procédures \*45 ou \*58 (effectif)

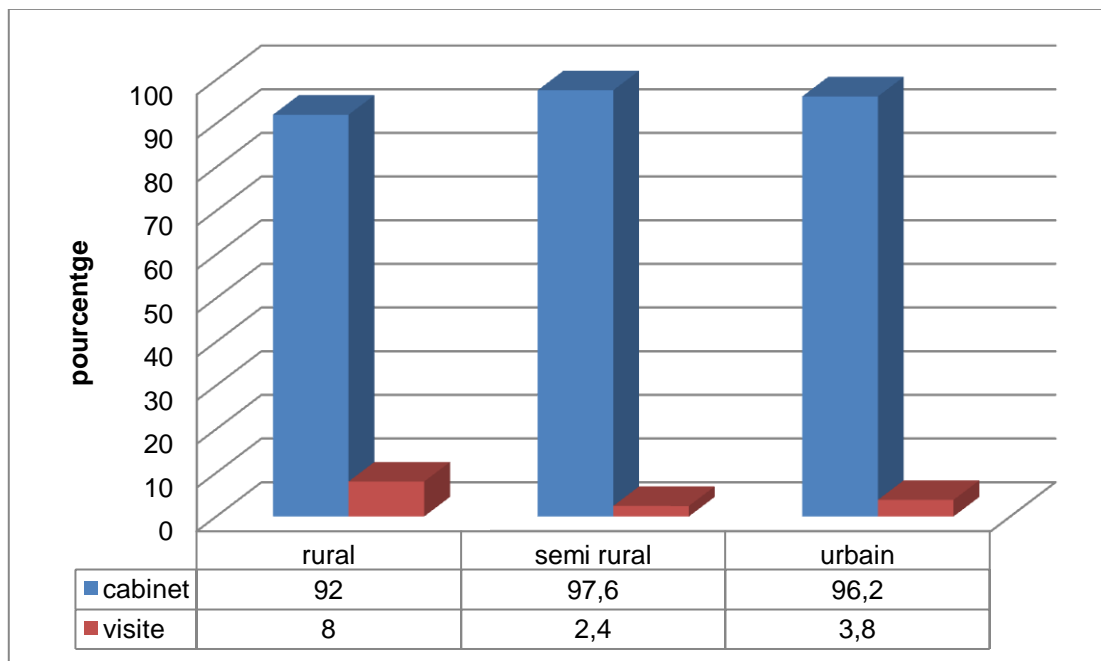


Figure 42 : Pourcentage de consultation ou visite et lieu d'exercice, où les procédures ont eu lieu

Dans les trois lieux d'exercice, les consultations où ont eu lieu les procédures décrites sont très majoritairement réalisées au cabinet.

### 3.2.4.4. Répartition par mode d'exercice

Quatre modes d'exercice de la médecine générale ont été définis dans ECOGEN.

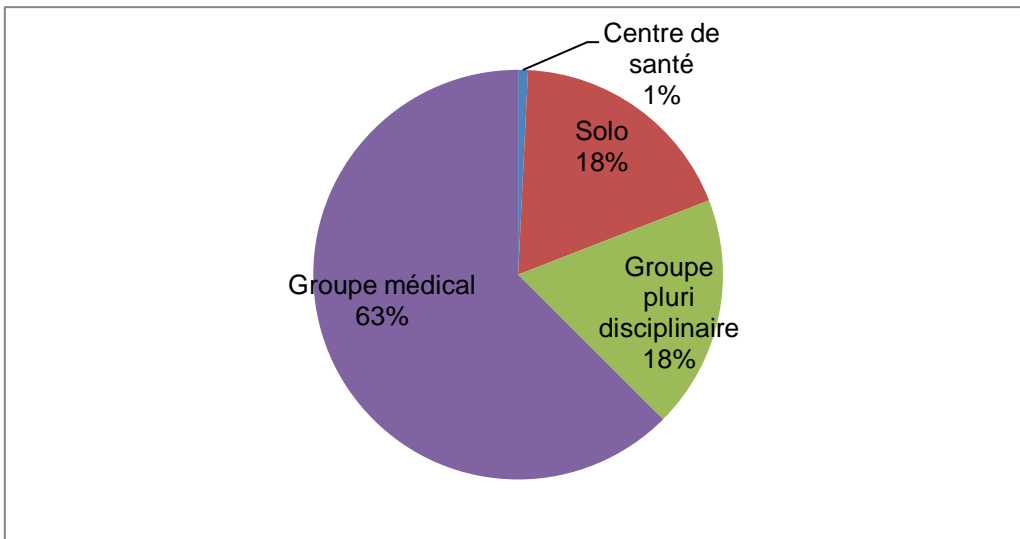


Figure 43 : Répartition des médecins ayant pratiqué les procédures \*45 ou \*58 en fonction du mode d'exercice

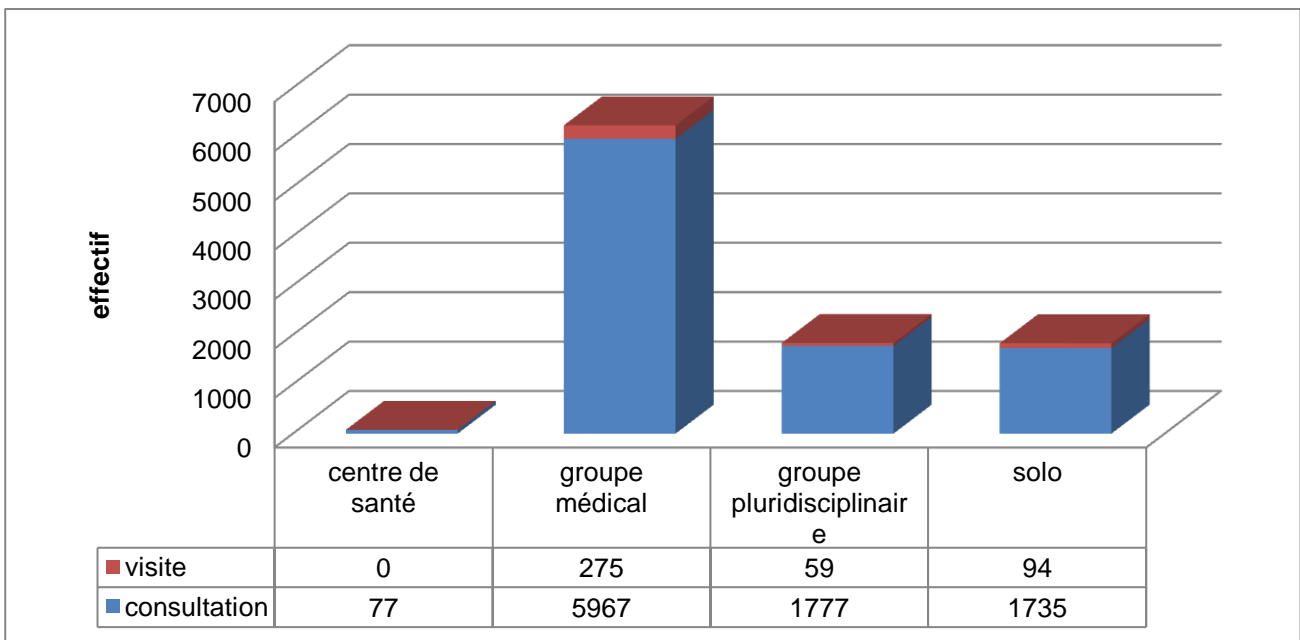


Figure 44 : Répartition en fonction du mode d'exercice et si la consultation a lieu au cabinet ou en visite pour les médecins ayant réalisé les procédures \*45 ou \*58 (effectif)

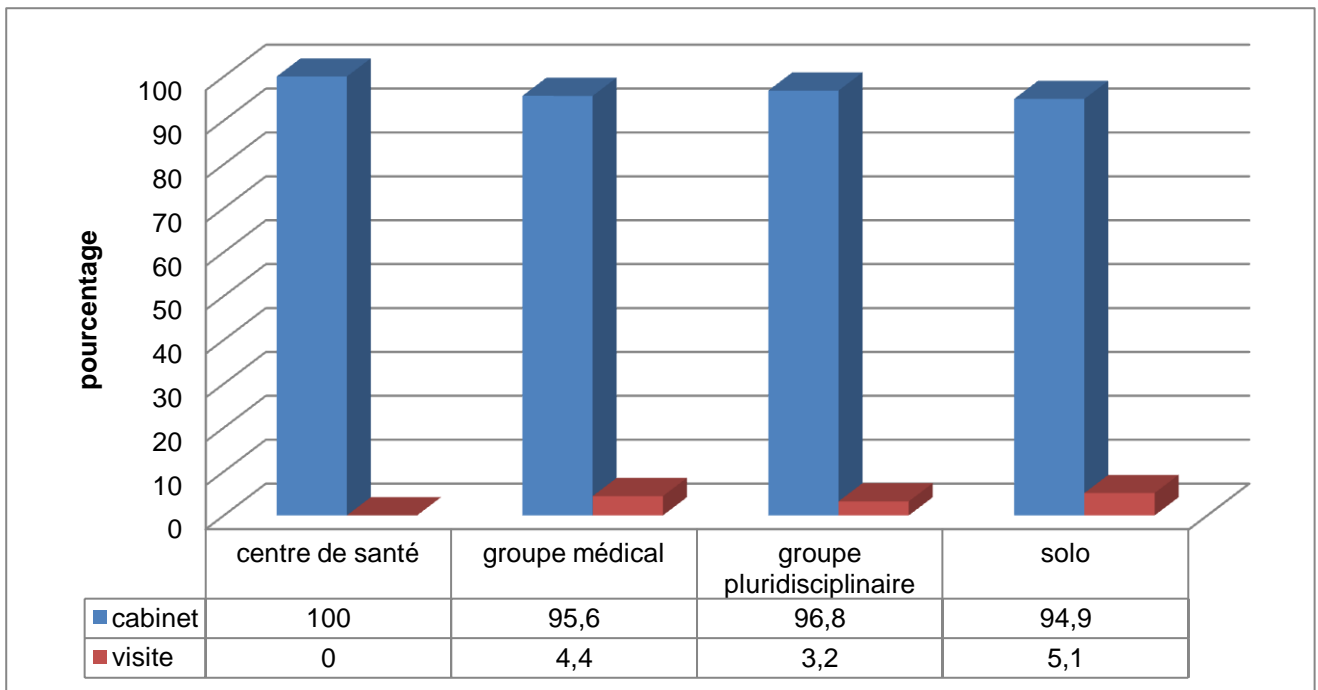


Figure 45 : Pourcentage compris dans le mode d'exercice de consultation au cabinet ou visite où les procédures \*45 ou \*58 ont eu lieu

Dans **96%** des cas la **consultation avec ETP** a eu lieu **au cabinet** tout mode d'exercice confondu.

### 3.2.4.5. Etude de la transférabilité des procédures \*45 ou \*58

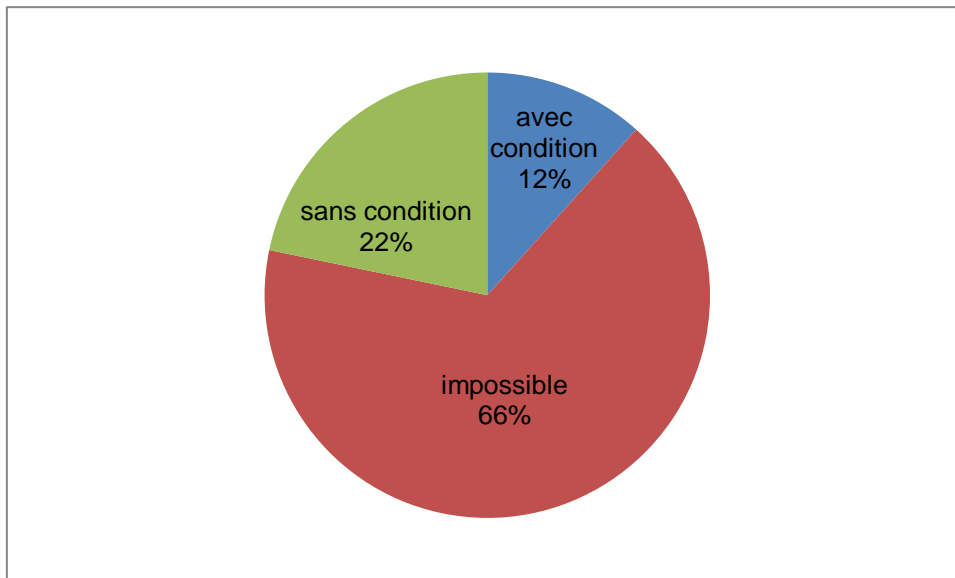


Figure 46 : Possibilité de transférabilité des procédures \*45 ou \*58 (en pourcentage)

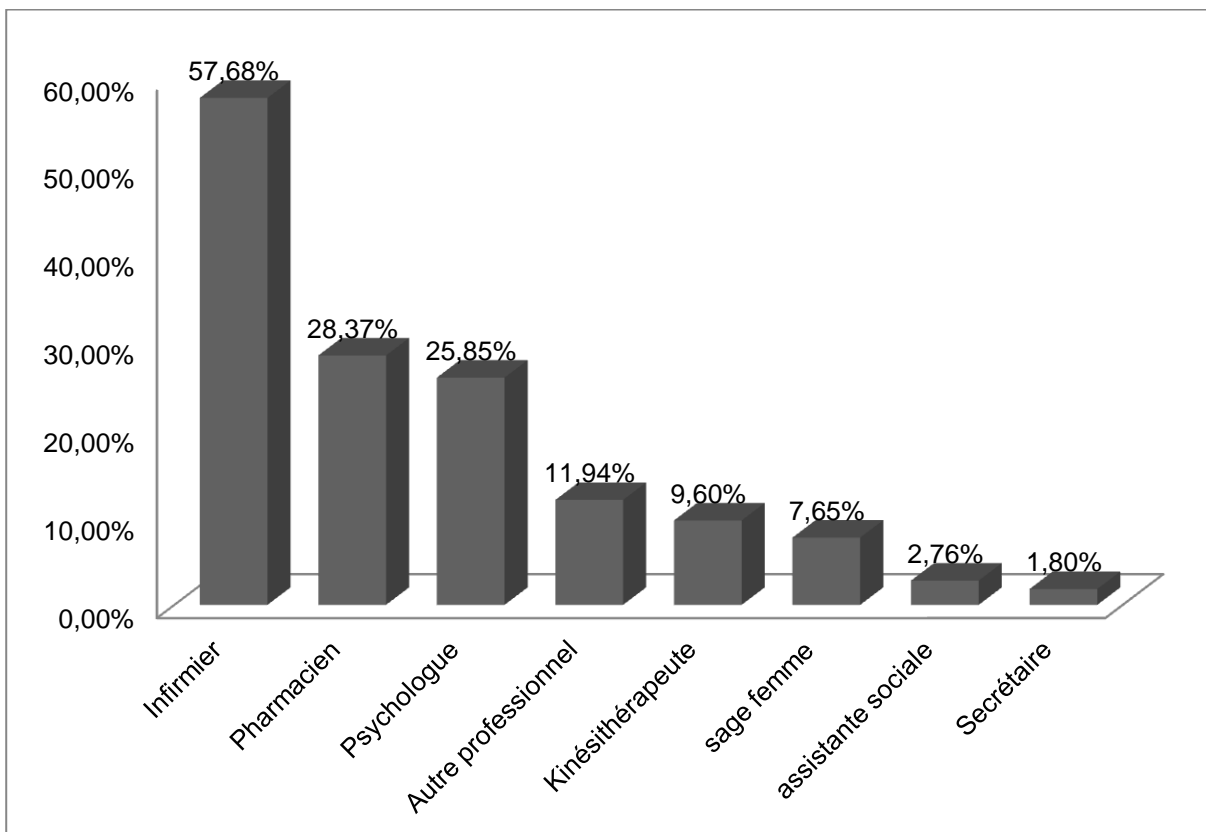


Figure 47 : Orientation de la transférabilité si celle-ci est possible

Les professionnels vers lesquels l'ETP pourrait être transférée sont principalement les infirmiers, les pharmaciens et les psychologues.

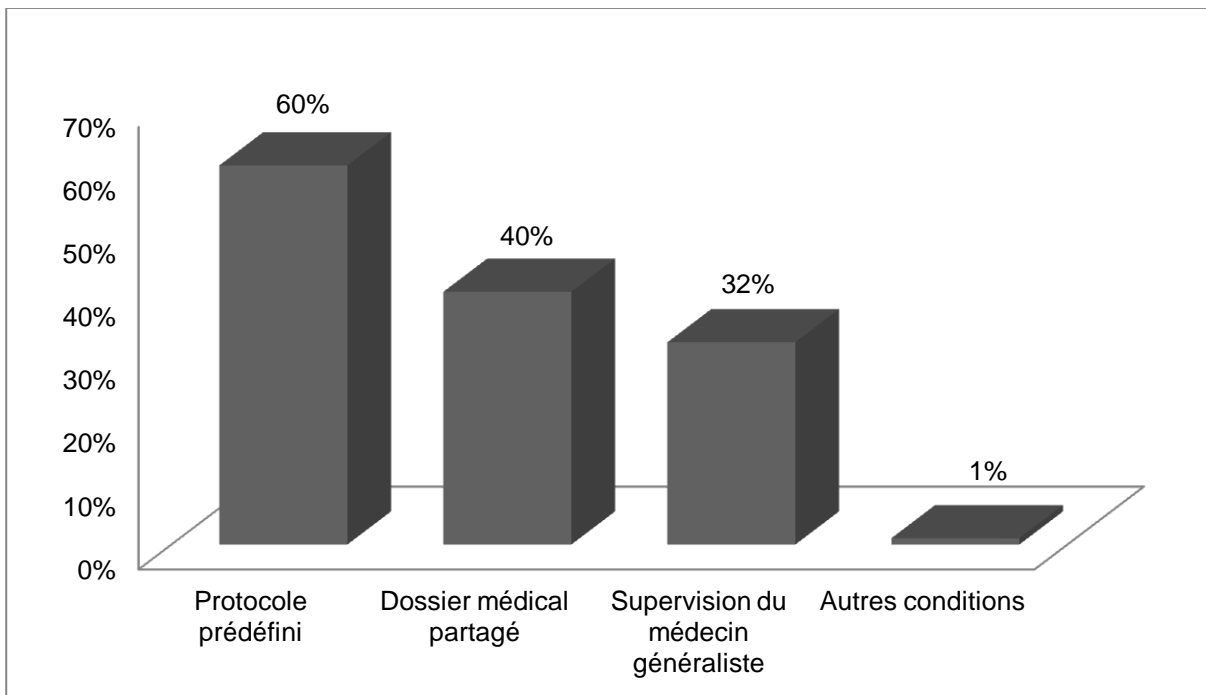


Figure 48 : Conditions d'orientation pour les procédures transférables avec conditions (en pourcentage, n = 1163)

La transférabilité des procédures étudiées est essentiellement réalisée sous condition d'un protocole prédéfini, ou d'un dossier médical partagé ou sous la supervision du médecin généraliste.

## 4. DISCUSSION

### 4.1. ECOGEN

#### 4.1.1. Généralités

ECOGEN se base sur la population consultant en médecine générale. Elle n'est donc pas comparable à la population française. Les données et les résultats qui en découlent ne sont donc pas représentatifs de l'état de santé des Français puisqu'on ne prend en compte que le recours aux soins ambulatoires et non la totalité de l'offre de soins.

D'autre part, un certain nombre de personnes ressent des troubles de santé sans nécessairement faire appel au médecin. White, Williams et Greenberg l'ont illustré par le carré de White en 1961. [21]

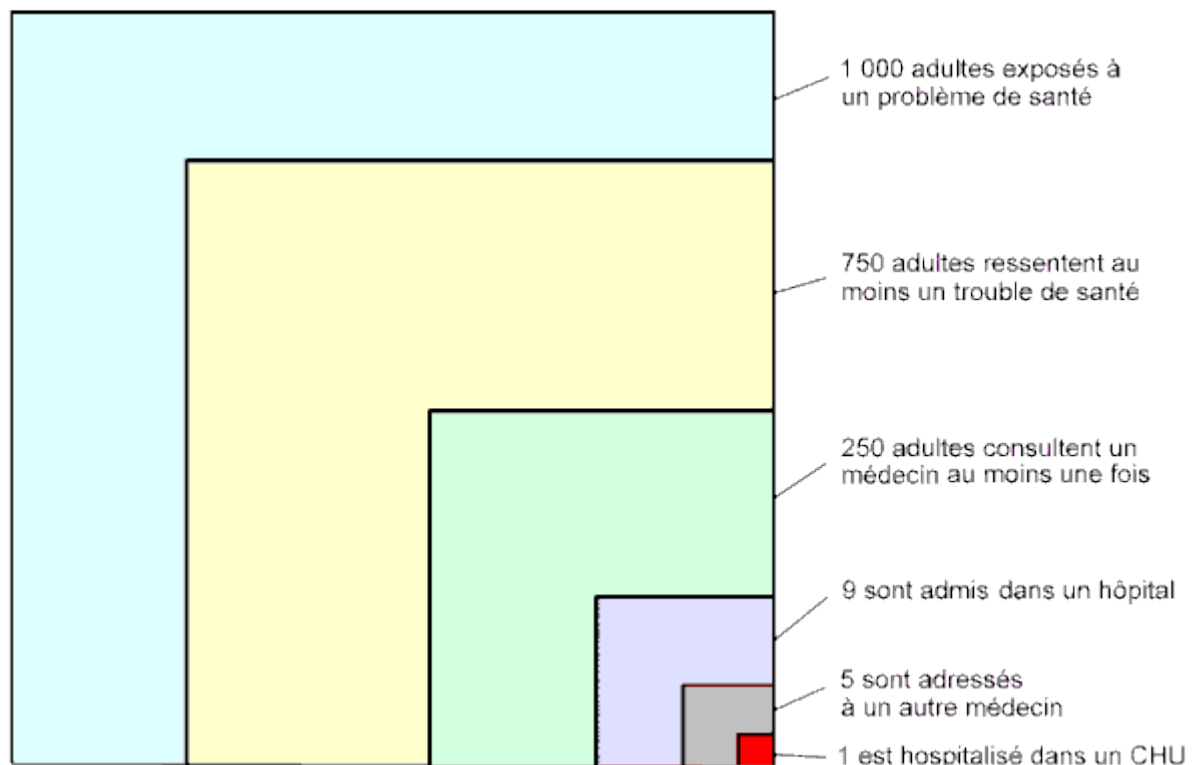


Figure 49 : Le carré de White

Cette étude est malgré tout un bon reflet de la population consultant en médecine générale en France. Elle est représentative des consultations réalisées en soins primaires.

Par ailleurs, les médecins généralistes de la table ECOGEN sont représentatifs des médecins généralistes de France comme l'a démontré le service de Biostatistiques [3] d'ECOGEN sur les critères suivants :

- l'âge ( $p=0.89$ ),
- le sexe ( $p=0.41$ ),
- le secteur d'activité ( $p=0.75$ ),
- le nombre annuel de consultations ( $p=0.25$ ),
- les Tranches d'Unité Urbaine ( $p=0.72$ ).

Nous observons que la « médecine préventive » est le premier RC de l'étude ECOGEN. Les « examens systématiques et prévention » sont classés en deuxième position dans le top 50 des résultats de consultation de l'Observatoire de Médecine Générale de 2010 [22]. Le médecin généraliste a donc un rôle prépondérant en prévention primaire.

Les pathologies hivernales (« infections aiguës de voies respiratoires supérieures », « bronchite, bronchiolite ») sont également dans les dix premiers résultats de consultations. Cela vient potentiellement de la saison où a été réalisée l'étude, de novembre à avril.

Nous retrouvons les rhinopharyngites comme cinquième résultat de consultation dans l'Observatoire de Médecine Générale de 2010 [22]. Cette pathologie est très fréquemment rencontrée dans les cabinets de médecins généralistes.

D'après les résultats d'ECOGEN, les pathologies chroniques les plus prévalentes en soins primaires sont : « l'HTA », « les troubles du métabolisme des lipides », « la dépression », « le diabète non insulino-dépendant », « les perturbations du sommeil » et « l'hypothyroïdie ».

L'Observatoire de Médecine Générale de 2010 [22] retrouve les mêmes pathologies chroniques avec en tête du top 50 l'HTA, puis l'hyperlipidémie, le diabète de type 2, dans les 10 premiers RC. La lombalgie et l'arthropathie font aussi parties des 10 premiers résultats de consultation. L'insomnie est 16<sup>ième</sup> position. La dépression n'est que vingtième et l'hypothyroïdie arrive en 29<sup>ième</sup> position.

Les pathologies chroniques sont donc globalement similaires dans les 10 premiers résultats de ces deux études. Concernant la dépression il est étonnant de voir sa progression entre 2009 (recueil de l'OMG) et 2012 (recueil ECOGEN). Il pourrait y avoir une surestimation de ce RC par

les internes. Une autre hypothèse serait que la société fait face à des difficultés plus grandes et cela se fait ressentir en consultation de soins primaires.

Les procédures \*58 = conseil thérapeutique / écoute et \*45 = conseil / éducation santé / régime arrivent en quatrième et cinquième positions soit 10,42 % des procédures. Elles sont dans le top 10 de toutes les procédures réalisées donc fréquemment effectués lors des consultations de médecine générale.

D'après une étude sur la pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généraliste en Midi-Pyrénées de juin 2010 [23], plus de 80% des médecins déclarent pratiquer de l'ETP.

D'après l'INPES [24], concernant la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, les médecins déclarent avant tout informer et conseiller (95,3 % le font « systématiquement » ou « souvent ») ; moins de la moitié d'entre eux (45,2 %) orientent régulièrement leurs patients vers d'autres intervenants et un tiers (33,7 %) mettent en œuvre eux-mêmes des activités éducatives.

Une étude de 2007 concernant l'éducation thérapeutique du diabétique et la médecine générale dans les départements de l'Indre et du Loiret [25] montre que 96,90 % des médecins généralistes répondeurs déclaraient pratiquer l'éducation thérapeutique. 72,56 % estimaient manquer de temps. 56,73 % la définissaient comme un enseignement concernant majoritairement le savoir (95,87 % de ceux qui parlent d'enseignement). 53,80 % des niveaux de négociation étaient du type dépendance / expertise. Les médecins adhérant à un réseau insistaient davantage sur le partenariat, le dialogue et l'écoute et étaient plus nombreux à avoir un type de négociation partenariat / coopération que les médecins hors réseau. 81,25 % des médecins, adhérant à un réseau, disaient utiliser le réseau comme ressource d'éducation.



#### 4.1.2. Limites

Un à deux internes investigateurs ont été choisis par Faculté de Médecine participante. Toutes les Facultés de Médecine françaises n'ont pas été représentées. Il n'y avait par exemple pas de centre dans la région Midi-Pyrénées. Mais, l'étude de la répartition des médecins dans les différentes Tranches d'Unité Urbaine n'était pas significativement différente entre les médecins de la table ECOGEN et les médecins généralistes en France ( $p=0.72$ ).

Les patients ont été inclus de manière systématique dans leur ordre d'arrivée pendant une journée ou deux demi-journées par semaine, limitant de ce fait la sélection des patients.

Le refus de la présence de l'interne peut avoir été un biais de sélection. Ces cas ont été faibles et ne représentent que 0,3% des résultats de consultation.

Le recueil de données était réalisé par l'interne. Cela a donc eu lieu pendant les horaires et les jours de présence de celui-ci. Ce biais de sélection a été limité en essayant de suivre au mieux les horaires des MSU et en alternant le recueil sur différents jours de la semaine. Mais en général les consultations du samedi matin n'étaient pas suivies par l'interne qui ne pouvait alors pas les coder.

L'interne a réalisé son recueil en étant observateur du MSU pendant la consultation. Sa présence a néanmoins pu modifier la pratique de certains médecins ou la demande du patient.

Les investigateurs étaient des internes novices qui ont été formés au codage informatique de la CISP-2 pendant une journée et demie. Ils ont eu ensuite un temps d'entraînement avant de commencer le vrai codage. Ils bénéficiaient également d'un forum sur lequel ils obtenaient rapidement des conseils en cas de difficultés. Mais l'interprétation des codes était toujours possible. Notamment comme nous pouvons le voir dans cette étude, plus particulièrement, sur l'éducation thérapeutique où deux procédures peuvent répondre à cette action. De même le « découpage » de la consultation en motifs, résultats de consultation et procédures n'était pas toujours aisé et des oublis ont pu avoir lieu lors de la phase manuscrite.

Les internes étaient tenus de respecter le délai le plus court possible entre le recueil manuscrit et la saisie informatique afin d'éviter un biais de mémorisation. Au fur et à mesure des saisies il y a pu avoir des difficultés de régularité et donc de fiabilité des données.

Un enregistrement audio d'une consultation par interne a permis de contrôler la qualité des codages.

De même, un contrôle qualité a été réalisé en évaluant la reproductibilité d'une double saisie à distance par le même interne pour 20 questionnaires.

Nous ne disposons pas encore de l'analyse de ces contrôles qualité par le Laboratoire de Biostatistiques d'ECOGEN.

Une évaluation des doublons éventuels et des données aberrantes a été effectuée avec relance des investigateurs pour vérification avec le questionnaire papier.

Avec toutes ces précautions, quelques erreurs de saisie ont été décelées, mais en très faibles proportions.

La catégorie socioprofessionnelle a été codée selon les dires du patient. Quelques erreurs ont été retrouvées notamment pour des personnes se déclarant inactives après l'âge légal de la retraite ou des enfants auxquels était associée la CSP d'un parent. On remarque que les agriculteurs sont très peu représentés.

Le RC est le diagnostic de situation donné sur chaque consultation par les médecins généralistes. Le diagnostic final pouvant nécessiter plusieurs consultations, des examens et l'avis d'un spécialiste, peut être différent du diagnostic initialement porté. Ceci a pu entraîner une sur ou sous évaluation de certains RC.

D'autre part, certains diagnostics sont sous ou sur évalués selon la spécialité du médecin. Par exemple, le diagnostic de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est souvent sous évalué en médecine générale. Ceci est retrouvé dans l'étude ECOGEN où le résultat de consultation BPCO est le 28ème RC avec 0,6% des RC. Pourtant, la Haute Autorité de Santé estime la prévalence de cette pathologie à 7,5% des personnes dans la population.

Les effectifs des résultats de consultation ne peuvent pas être comparés aux effectifs des consultations car une consultation est l'objet d'un ou plusieurs motifs et un ou plusieurs RC.

Un motif de consultation est toujours accompagné d'un résultat de consultation. En revanche, un RC peut être la conséquence de plusieurs motifs. En moyenne, une consultation est l'objet de 2,6 motifs pour 2,2 RC.

### 4.1.3. Avantages

ECOGEN est la première étude d'aussi grande envergure en médecine générale donc en soins primaires.

L'originalité de cette étude est le recueil exhaustif des motifs de rencontre avec le patient, des résultats de consultation et des procédures réalisées lors de cette consultation.

Le nombre élevé de consultations (plus de 20 000) lui confère une puissance statistique.

Sa méthode standardisée et son caractère multicentrique font d'ECOGEN une base de données fiable et exploitable qui permet d'avoir une vue d'ensemble de l'activité de la médecine générale en France.

Le recueil de données a été réalisé en utilisant un mode de codage reproductible :

- utilisation de la Classification Internationale des Soins Primaires,
- utilisation des catégories socioprofessionnelles de l'INSEE,
- utilisation des statuts de la sécurité sociale,

permettant des comparaisons nationales et internationales.

L'utilisation de la CISP-2 [4] est un point fort car elle a été reconnue en 2003 par l'Organisation Mondiale de la Santé comme classification internationale de référence pour les soins primaires. Les seules données comparables disponibles en soins primaires sont les enquêtes de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) [26] et les données de l'Observatoire de la Médecine Générale développé par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) [27]. Ces enquêtes n'utilisaient pas la CISP2 et sont anciennes.

La CISP-2 manquait parfois de précision ce qui a été compensé par l'utilisation de verbatims.

## 4.2. Notre étude

Nous avons choisi de sélectionner les données contenant les procédures \*45 = recommandation / éducation à la santé / avis / régime et \*58 = conseil thérapeutique / écoute / examen, d'après la classification CISP-2. Il n'existe pas d'item « éducation thérapeutique » au sens strict dans la classification CISP-2. D'après les verbatims correspondant aux codes-procédures, « l'éducation thérapeutique » est la procédure la plus souvent écrite avec le « conseil thérapeutique » et « l'écoute ». Il existe donc potentiellement un biais avec une surestimation des données recueillies. Ces données englobent plus largement l'éducation pour la santé et l'éducation du patient à sa maladie.

Par ailleurs nous ne savons pas si les médecins dispensant de l'éducation thérapeutique ont été personnellement formés à cela. Cette procédure s'est déroulée lors d'une consultation mais nous ne savons pas durant combien de temps, ni les méthodes utilisées. Il a pu être difficile pour l'interne de savoir si le médecin se positionnait dans un rôle d'éducation thérapeutique ou de simple information au patient. Les démarches d'éducation thérapeutique sont bien décrites dans la littérature mais un grand nombre d'internes investigateurs ne les maîtrisait pas forcément. Cela a pu entraîner des difficultés de codage avec une sur ou sous-estimation de cette pratique.

### 4.2.1. Discussion des résultats

#### **Concernant les résultats de consultation :**

Tout d'abord les deux procédures « recommandation / éducation à la santé / avis / régime » et « conseil thérapeutique / écoute / examen » concernent un nombre important de RC sans prédominance de l'une sur l'autre en terme de taille (4324 vs 5560) ou d'entité (d'après les verbatims). Elles ont dû être utilisées toutes les deux par les internes pour coder des temps semblables de la consultation. Ces procédures sont donc bien complémentaires.

Ces procédures concernent 527 résultats de consultations différents sur les 632 retrouvés dans la base princeps soit 83% des RC. Cela signifie que ces actions concernent un grand nombre de pathologies et sont présentes dans plus de 8 résultats de consultations sur 10. Ce sont les quatrième et cinquième procédures sur le plan de la fréquence d'apparition dans les résultats ECOGEN.

Nous remarquons que pratiquement toutes ces procédures ont été réalisées (97,1%) lors de la consultation et non programmées (2,9 %). Nous pouvons donc supposer que le médecin préfère directement réaliser l'éducation thérapeutique au moment où il en parle et ne souhaite pas anticiper. Il a éventuellement aussi des difficultés à programmer la mise en place d'ETP avec d'autres interlocuteurs que lui (infirmiers, réseaux...). Nous pouvons mettre cette notion en parallèle avec la transférabilité à d'autres professionnels, également observée dans cette étude.

Les 25 premiers RC correspondent à la moitié de tous les RC concernés par les procédures liées à l'éducation thérapeutique. Même pour les 25 premiers RC les pourcentages par RC restent faibles ce qui renforce l'idée de grande diversité des pathologies concernées.

Nous observons que le premier résultat est « gestion de la santé / médecine préventive ». Apparaissent également les résultats de consultations « pas de maladie », « grossesse ». L'ensemble correspond à 11,5% des RC concernés par les procédures choisies. Il ne s'agit donc pas d'éducation thérapeutique mais d'éducation pour la santé. La prévention primaire est une des compétences du médecin traitant.

La « dépression » est le deuxième RC à apparaître. Ce RC est aussi en sixième position dans le top 10 des RC d'ECOGEN. Associée aux « troubles anxieux », aux « perturbations du sommeil », « sensation d'anxiété » et aux « problèmes de travail », cela correspond à 11% des RC concernés par les procédures qui nous intéressent. L'ETP dans la dépression serait une démarche tout à fait intéressante comme l'a démontré l'équipe du Professeur LANSON [28]. Il a défini cette notion par le terme de psycho-éducation. Il existe très peu d'études sur la place de l'ETP dans la dépression. L'intérêt de cette pratique associée aux thérapeutiques médicamenteuses a surtout été démontré dans la schizophrénie, les troubles bipolaires et le THADA. Des programmes d'ETP dans certains hôpitaux psychiatriques sont mis en place.

Les addictions sont aussi présentes (alcool, tabac) dans 3,3% des RC. La procédure « écoute » doit être vraisemblablement utilisée à ce moment-là. L'écoute est un outil indispensable pour amener le patient vers de l'ETP et pour définir avec lui le diagnostic éducatif.

Des pathologies aiguës font également parties des 25 premiers RC concernés par ces procédures (« infection aiguë des voies respiratoires supérieures », « bronchite aiguë, bronchiolite », « gastro-entérite présumée infectieuse », « grippe ») pour 8,6% des RC. L'étude a été réalisée en hiver. Ceci peut expliquer la forte fréquence des infections respiratoires et des gastro-entérites. Ces procédures sont plutôt liées à du conseil, de l'éducation à la santé ou de l'éducation du patient à sa maladie. Cela n'entre pas dans la définition stricte de l'ETP mais dans un domaine de prise en charge plus large.

Concernant les pathologies cardio-vasculaires, seule l'« HTA » apparaît (2,7%). Ce résultat est assez surprenant compte tenu de la nécessité de réaliser de l'ETP dans les maladies coronaires et l'insuffisance cardiaque. L'intérêt de réaliser de l'ETP chez des patients sous AVK a été démontré en secteur hospitalier avec 4 fois moins de risque d'accidents hémorragiques [29]. De plus ces pathologies inscrites sur la liste des ALD 30 en quatrième et cinquième positions sont fréquentes [19].

De même, les pathologies respiratoires chroniques (BPCO, insuffisance respiratoire chronique...) ne ressortent pas en dehors de « l'asthme » pour 0,8%. On pourrait se poser la question d'un sous diagnostic comme cela a été évoqué précédemment.

A noter que les tumeurs malignes, qui sont pourtant la deuxième pathologie la plus prévalente des ALD, ne sont pas présentes. Cela peut venir du fait que pour chaque appareil les tumeurs malignes ont des codes différents. Par exemple, pour l'appareil digestif, le cancer de l'estomac est défini par le code D74 et celui du colon par D75. Ceci a pu entraîner une dispersion des données.

Les pathologies métaboliques (« diabète non insulino-dépendant », « troubles du métabolisme des lipides », « obésité », « excès pondéral ») représentent 7% des RC. Ce sont des pathologies où l'ETP a toute sa place. Son efficacité a été démontrée dans plusieurs études [30] et son utilisation est vivement recommandée par l'HAS d'un point de vue de Santé Publique [31]. Les dernières recommandations de janvier 2013 concernant le diabète de type 2 cite l'éducation thérapeutique du patient dans les messages-clés [32].

Les pathologies rhumatologiques sont présentes (« syndromes dorso lombaires avec ou sans irradiation », « bursite, tendinite, synovite ») dans 3,5% des RC. Il s'agit de troubles musculo-squelettiques où l'implication du patient dans sa prise en charge est fortement nécessaire.

Enfin l'appareil digestif est simplement représenté par la « constipation » dans 0,9% des RC. Le « syndrome de l'intestin irritable » qui est un motif fréquent de consultation et où l'ETP pourrait être utile n'est pas citée dans les 25 premiers RC. Il y a pu avoir dans ce cas aussi une dispersion des codages entre l'item « constipation » et « syndrome de l'intestin irritable » par les internes.

Nous remarquons que ni l'insuffisance rénale, ni les pathologies neurologiques ne sont présentes. Ceci peut poser question : ces patients sont-ils plutôt pris en charge par les spécialistes comme les néphrologues ou les neurologues ? Le médecin traitant voit-il moins d'intérêt alors à s'impliquer dans la prise en charge globale du patient ? L'HAS recommande pourtant que le médecin généraliste garde sa place de pivot central notamment dans les maladies rénales chroniques [33].

En observant séparément les procédures \*45 et \*58, nous pouvons constater que les 25 premiers RC sont très proches. Leurs ordres d'apparition varient un peu.

Dans les 25 premiers RC de la procédure \*45, il existe 8 RC qui ne sont pas présents dans les 25 premiers RC de la procédure \*58 :

- « infection gastro-intestinale » versus « gastro-entérite présumée infectieuse »,
- « grossesse » et « infections compliquant la grossesse »,
- « excès pondéral » et « gain de poids » versus « obésité »,
- « constipation »,
- « autre maladie ostéo-articulaire » et
- « cystite / autre infection urinaire ».

Dans les 25 premiers RC de la procédure \*58, il existe aussi 8 RC qui ne sont pas présents dans les 25 premiers RC de la procédure \*45 :

- à orientation psychologique « troubles anxieux », « sensation d'anxiété », « problème au travail » « problème de relation entre les partenaires » versus « dépression »,
- « asthme »,
- « otite moyenne aiguë »,
- « usage abusif de drogue » et
- « autre arthrose ».

Il y a pu avoir des difficultés de codage par les internes car certaines pathologies pouvaient avoir des définitions proches dans la CISP-2. Par exemple nous pouvions coder indifféremment « gastro-entérite présumée infectieuse » et « infection gastro-intestinale ». Ceci a pu entraîner une dispersion des données.

Pour la procédure \*45, « gestion de maladie », « pas de maladie » et « grossesse » représentent 21,96% des RC. Cela vient sans doute de la partie « recommandation / éducation à la santé » de cette procédure. 15 RC sur les 25 premiers sont des pathologies chroniques.

Il existe plusieurs RC en rapport avec l'appareil psychologique dans la procédure \*58. Le RC « dépression » apparaît en premier pour \*58 du fait probablement de la notion d'« écoute », retrouvée dans les verbatims. Nous observons la présence de pathologies chroniques comme le diabète ou l'HTA (18 sur 25) ce qui nous conforte de l'intérêt d'avoir ces deux procédures.

Dans la liste des 25 RC concernés par les procédures étudiées nous avons sélectionné les pathologies chroniques. Certains RC peuvent ne pas répondre à la définition donnée précédemment des pathologies chroniques comme par exemple les bursites ou les syndromes dorso-lombaires (évolution depuis plus de trois mois...). Mais nous avons préféré les laisser. En effet, ces pathologies sont souvent récurrentes chez le patient et la limite caractère aigu / chronique est difficile à déterminer.

Nous observons que les 5 premiers résultats de consultation, en dehors de la dépression qui arrive en tête, concernent des facteurs de risque cardiovasculaires :

- « HTA non compliquée »,
- « diabète non insulino-dépendant »,
- « trouble du métabolisme des lipides »,
- « usage abusif du tabac ».

Les affections cardiovasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde et la deuxième en France [34]. Nous appliquons donc l'ETP à des pathologies la nécessitant. La démarche éducative n'a pas été précisée dans notre étude.

Nous pouvons observer que nos résultats sont comparables à ceux trouvés lors d'une étude réalisée en Midi Pyrénées chez les médecins généralistes sur l'éducation thérapeutique. En effet dans cette étude, l'ETP est essentiellement utilisée pour :

- le diabète,
- l'hypertension artérielle,
- l'obésité,
- l'asthme et
- les lombalgies [23].

On retrouve également ces pathologies dans la liste de ALD 30 pour :

- le diabète (type 1 et 2)
- la dépression (affection psychiatrique de longue durée, même si tous les patients dépressifs ne sont pas en ALD).

Concernant l'HTA et la répartition des personnes en ALD, l'HTA sévère apparaît en quatrième position. L'HTA non compliquée ne fait désormais plus partie de la liste ALD 30 [19].



Les pathologies comme les tumeurs malignes, l'insuffisance cardiaque ou coronaire, les pathologies respiratoires ou l'insuffisance rénale n'apparaissent pas dans notre étude.

D'après l'INPES et le livre paru en 2010 *Éducation Thérapeutique du patient Modèles, pratiques et évaluation* [35], les pathologies où des programmes d'ETP ont toute leur place et peuvent apporter des bénéfices aux patients sont :

- le diabète (type 1 et 2),
- l'obésité,
- les maladies cardio-vasculaires,
- le VIH,
- l'asthme,
- les cancers,
- la polyarthrite rhumatoïde
- la lombalgie.

Plusieurs méthodes d'éducation thérapeutique sont présentées. Les bénéfices pour le patient sont visibles à long terme.

D'après notre étude les médecins réalisent déjà de l'ETP pour le diabète, l'obésité, l'asthme et les syndromes dorso-lombaires. Il serait intéressant de connaître la démarche éducative utilisée pour réaliser cette ETP pour ces pathologies. La formation des médecins généralistes permettrait une approche standardisée de l'ETP. Un autre objectif pourrait être d'étendre cette procédure aux autres pathologies où l'ETP a montré des bénéfices.

D'un point de vue de Santé Publique, d'après l'HAS dans son rapport de 2008 sur l'analyse économique et organisationnelle de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques [31], les pathologies où nous retrouvons un impact de l'ETP sur le plan économique sont :

- l'asthme,
- les broncho-pneumopathies chroniques obstructives,
- le diabète,
- la rhumatologie,
- la cardiologie.

Il faudrait alors renforcer cette procédure dans ces pathologies. Mais cela nécessite d'abord que le diagnostic de BPCO soit posé.

Huit RC sur dix (78,3%) concernés par l'ETP sont représentés par 7 appareils (psychologique, général, ostéo-articulaire, respiratoire, métabolique, digestif et cardio-vasculaire). Pratiquement tous les RC (87,3%) appartiennent à neuf appareils (s'y ajoutent l'appareil social et peau), sur les 16 existants. Donc l'essentiel des RC concernés par les procédures se trouve dans la moitié des différents appareils possibles.

Dans ces procédures, l'appareil psychologique apparaît en premier décrit dans la notion « d'écoute ».

L'appareil général arrive en deuxième position du fait de la médecine préventive. Il y a peut-être eu aussi un manque de précision dans le codage qui a pu faire grossir l'effectif.

L'appareil ostéo-articulaire est situé avant l'appareil respiratoire, métabolique et digestif.

L'appareil cardio-vasculaire n'apparaît qu'en septième position ce qui est étonnant, alors que cela concerne des pathologies fréquentes et nécessitant de l'ETP.

L'appareil neurologique est très peu concerné par l'ETP alors qu'il existe des pathologies où cette prise en charge serait importante (post AVC, sclérose en plaque, épilepsie, maladie de Parkinson...). Ces pathologies ne sont pas dans les dix premiers RC de notre étude ECOGEN, ni dans les 30 premiers RC de l'Observatoire de Médecine Générale de 2010 [22]. Elles sont donc probablement peu prévalentes en soins primaires.

En ce qui concerne les trois premiers appareils concernés par ces procédures :

- L'appareil psychologique est surtout représenté par les troubles anxio-dépressifs et les usages abusifs de drogues (alcool et tabac). Le RC « perturbation du sommeil » apparaît en quatrième position dans le classement par appareil. C'est donc un diagnostic fréquent et la population française est connue pour être une grande consommatrice d'hypnotiques. Des procédures comme celles décrites pourraient être utiles pour diminuer la consommation de traitement médicamenteux.
- Pour l'appareil général, la prévention primaire est très majoritaire par les deux RC « gestion de maladie », « pas de maladie ». Il s'agit d'éducation à la santé.
- Concernant l'appareil ostéo-articulaire, les tendinopathies et les lombalgies prédominent. Nous pouvons estimer que de l'ETP est utile ici compte tenu du caractère durable et souvent répétitif de ces pathologies.

## Concernant la population :

Nous observons que, contrairement à ce qu'on pourrait envisager, la répartition des procédures étudiées entre les tranches d'âges est pratiquement équivalente avec une légère prédominance des plus de 65 ans et moins de 24 ans. Ceux sont également les âges où l'on consulte plus souvent.

De manière plus précise, si on regarde chaque tranche d'âges :

- 0-24 ans : les RC décrivent surtout des pathologies aiguës en dehors de « l'asthme ». Il existe une part importante de médecine préventive donc d'éducation pour la santé. Les pathologies aiguës sont plutôt concernées par des conseils thérapeutiques, de l'éducation du patient ou de son entourage / ses parents à la maladie. La seule pathologie chronique qui apparaît dans le top 10 est l'asthme. C'est peut-être aussi une des pathologies chroniques les plus fréquentes du sujet jeune prise en charge en médecine générale. En observant l'effectif par tranches d'âges et par sexe nous remarquons que l'effectif dans les deux sexes n'est pas équivalent. Cela peut provenir du fait que les filles consultent pour la contraception dès l'adolescence, et la grossesse.
- 25-39 ans : dans cette tranche d'âges la « médecine préventive », la « dépression » et la « grossesse » apparaissent en premier. Les femmes sont plus concernées probablement du fait des grossesses et de la contraception. Les procédures sont également plus fréquentes chez les femmes dans cette tranche d'âges. Il est probable que les hommes consultent peu et sont donc moins accessibles à ces procédures. « L'usage abusif de tabac » est présent aussi. Le conseil minimal d'aide à l'arrêt et des échelles d'évaluation de consommation sont souvent utilisés en soins primaires.
- 40-54 ans : ici, la « dépression » dépasse la « médecine préventive ». Les addictions comme alcool et le tabac sont également plus fréquentes. Les pathologies psychiatriques concernent cinq des dix premiers RC, avec notamment « les problèmes de travail ». Les premières pathologies chroniques apparaissent (« troubles du métabolisme des lipides », « HTA »). A nouveau l'effectif des femmes est plus important.
- 55-64 ans : les pathologies chroniques sont plus présentes (« trouble du métabolisme des lipides », « diabète non insulino-dépendant », « HTA »...). C'est souvent l'âge des diagnostics où le patient demande un accompagnement. La « médecine préventive » arrive à nouveau en premier, suivi de la « dépression ». Les

« tendinites » sont en huitième position, peut-être parfois dues aux conditions de travail, plus éprouvantes pour cette tranche d'âges [36]. Les femmes sont toujours majoritaires mais l'écart des deux effectifs est moins marqué.

- > 65 ans : « l'HTA » et le « diabète non insulino-dépendant » arrivent en première position. Ceux sont des pathologies chroniques prévalentes et qui demandent de l'éducation thérapeutique. La « médecine préventive » arrive en troisième position. On peut penser que la prévention primaire recule au profit de la prévention secondaire compte tenu de la tranche d'âges et de l'augmentation de l'effectif des pathologies.

Les RC sont différents d'une tranche d'âges à l'autre. Mais les procédures s'adaptent à toutes les pathologies et à tous les âges. Les procédures étudiées concernent donc tous les âges et pour des pathologies différentes en fonction des âges (même s'il y a les récurrences comme « gestion de santé » et « dépression »).

En observant la répartition de la population en fonction du sexe, nous pourrions penser que l'ETP ou assimilé est plus réalisé chez les femmes (60% et 40%). En fait rapporté à la population ECOGEN nous retrouvons les mêmes proportions (37 et 63%). En redressant les populations par sexe ayant eu les procédures étudiées par rapport à celle d'ECOGEN nous remarquons que les deux sexes sont pratiquement à l'égalité avec une légère prédominance des femmes.

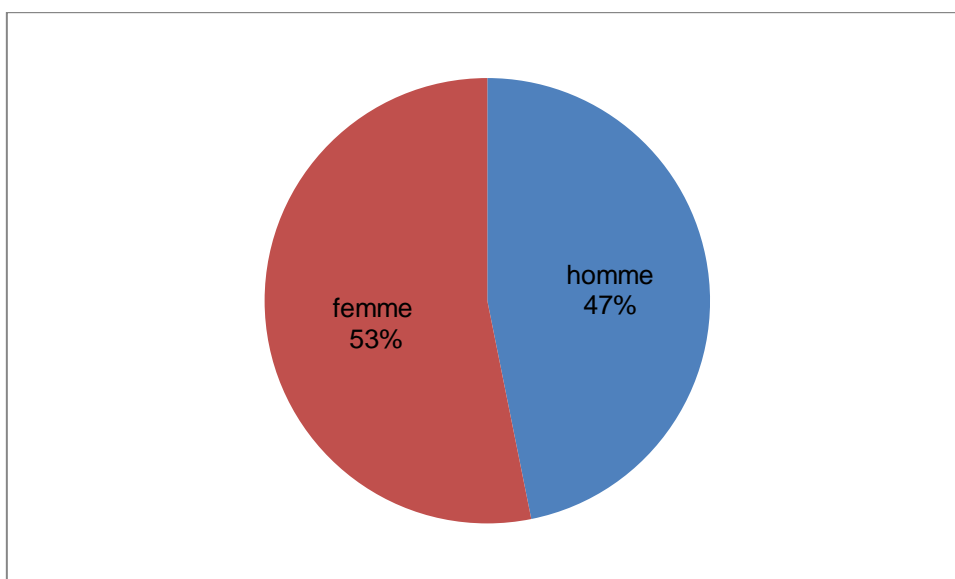


Figure 50 : Représentation théorique de la population par sexe ayant eu les procédures étudiées, redressée par rapport à la population par sexe d'ECOGEN

Nous pouvons cependant suspecter que les femmes soient plus sensibles au discours de prévention.

En étudiant l'effectif par tranches d'âges et par sexe nous observons que l'effectif est plus important chez les femmes. Cette différence est surtout marquée dans la tranche 25-39 ans. Nous confirmons que les hommes consultent moins et sont donc moins accessibles à l'ETP.

Pour les hommes, les plus de 65 ans sont les plus exposés aux procédures étudiées. C'est aussi la tranche d'âges concernée par les pathologies chroniques.

Pour les femmes, les plus de 65 ans sont aussi majoritaires. La répartition dans les quatre autres tranches d'âges est plus équilibrée.

#### Concernant les catégories socio professionnelles :

Nous avons choisi de comparer nos données avec celles de l'INSEE 2010 (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) [37].

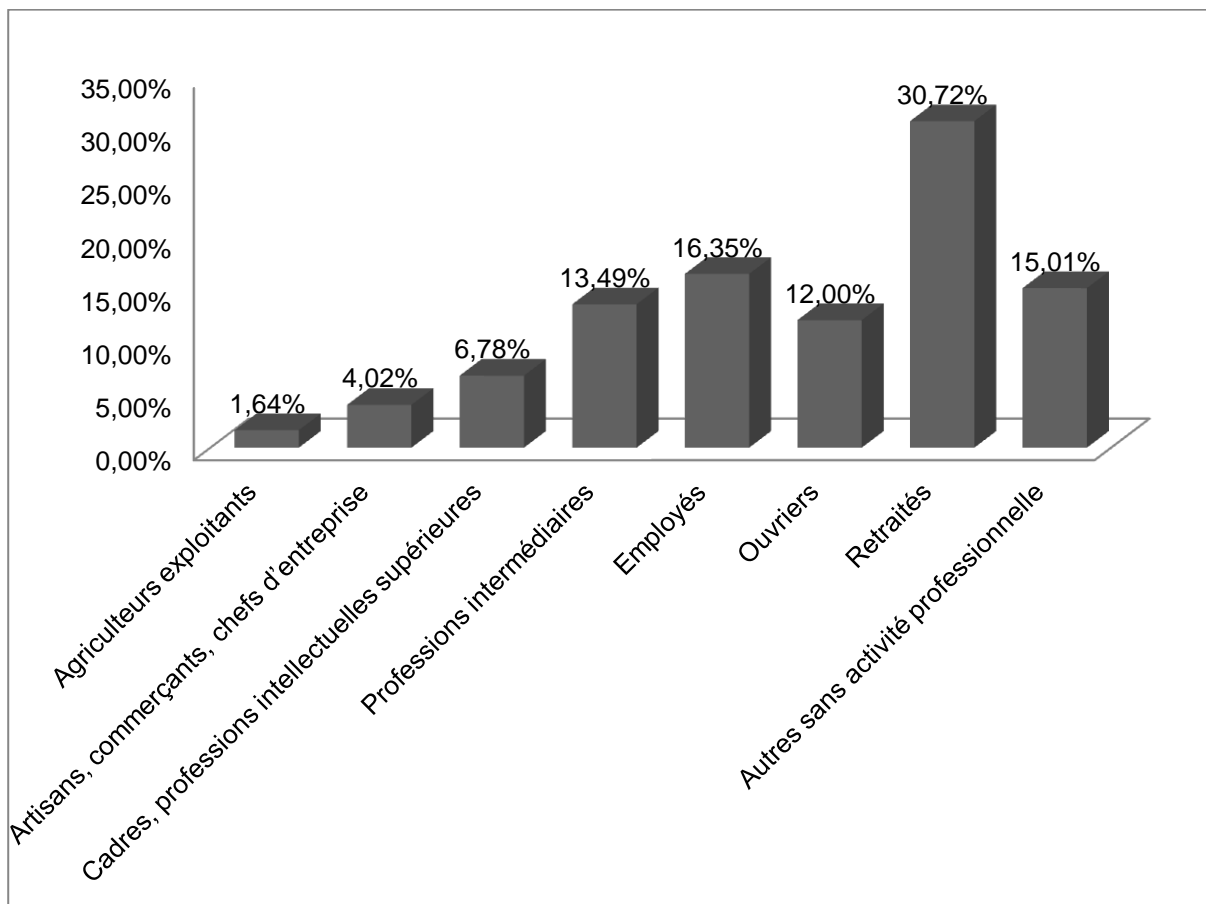


Figure 51 : Répartition selon l'INSEE des CSP en 2010 (population totale des 15 ans ou plus)

La première CSP en France en 2010 est les retraités. Arrivent ensuite les employés, les personnes sans activité professionnelle et les professions intermédiaires. Les agriculteurs sont les moins présents.

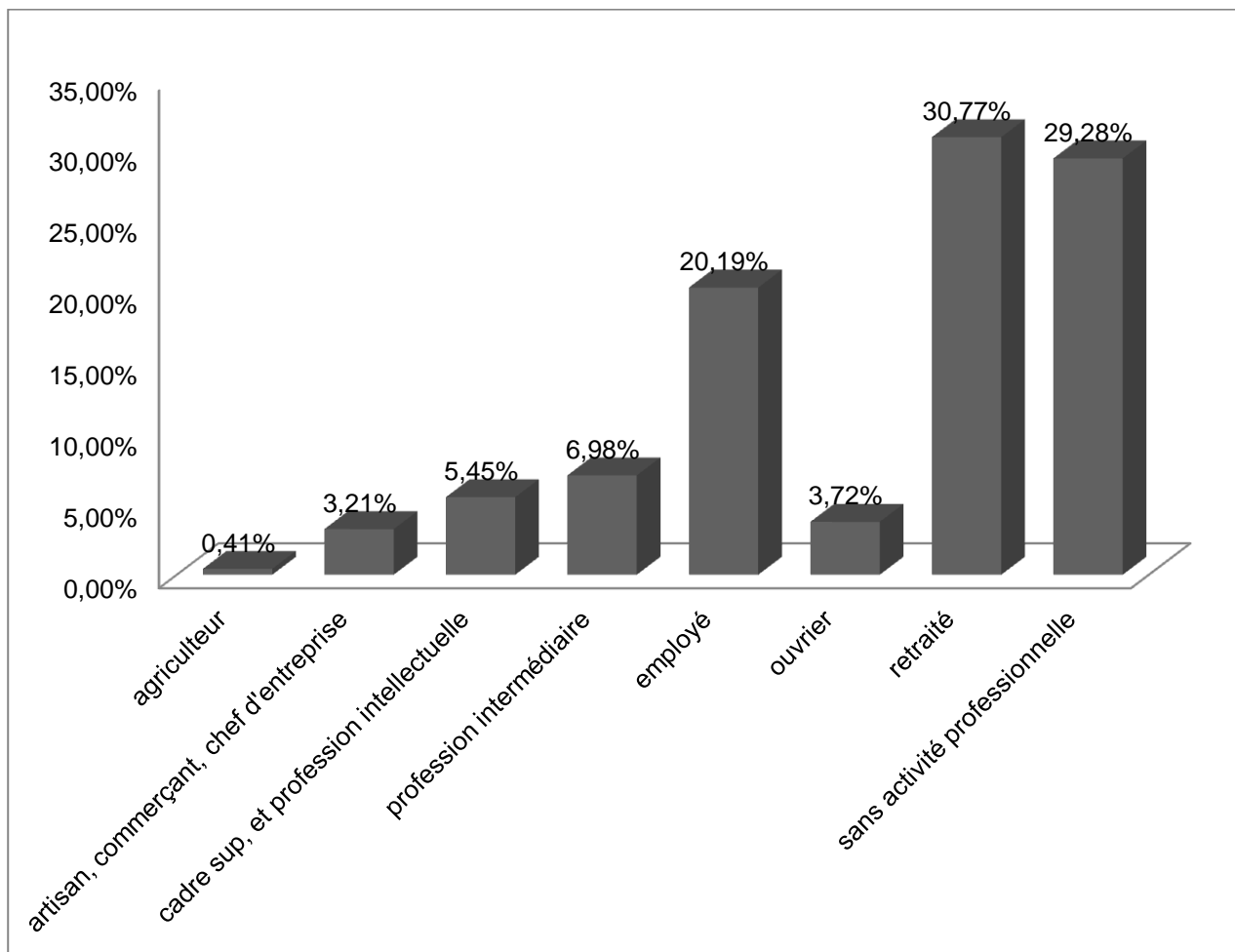


Figure 52 : Répartition en pourcentage des CSP ayant bénéficié des procédures \*45 ou \*58

Les retraités, les personnes sans activité professionnelle et les employés arrivent en tête. Les agriculteurs sont les moins concernés.

Il faut prendre en compte dans notre population que l'effectif des personnes sans activité professionnelle est faussement grossi par l'effectif des enfants, déclarés comme telles dans la base de données.

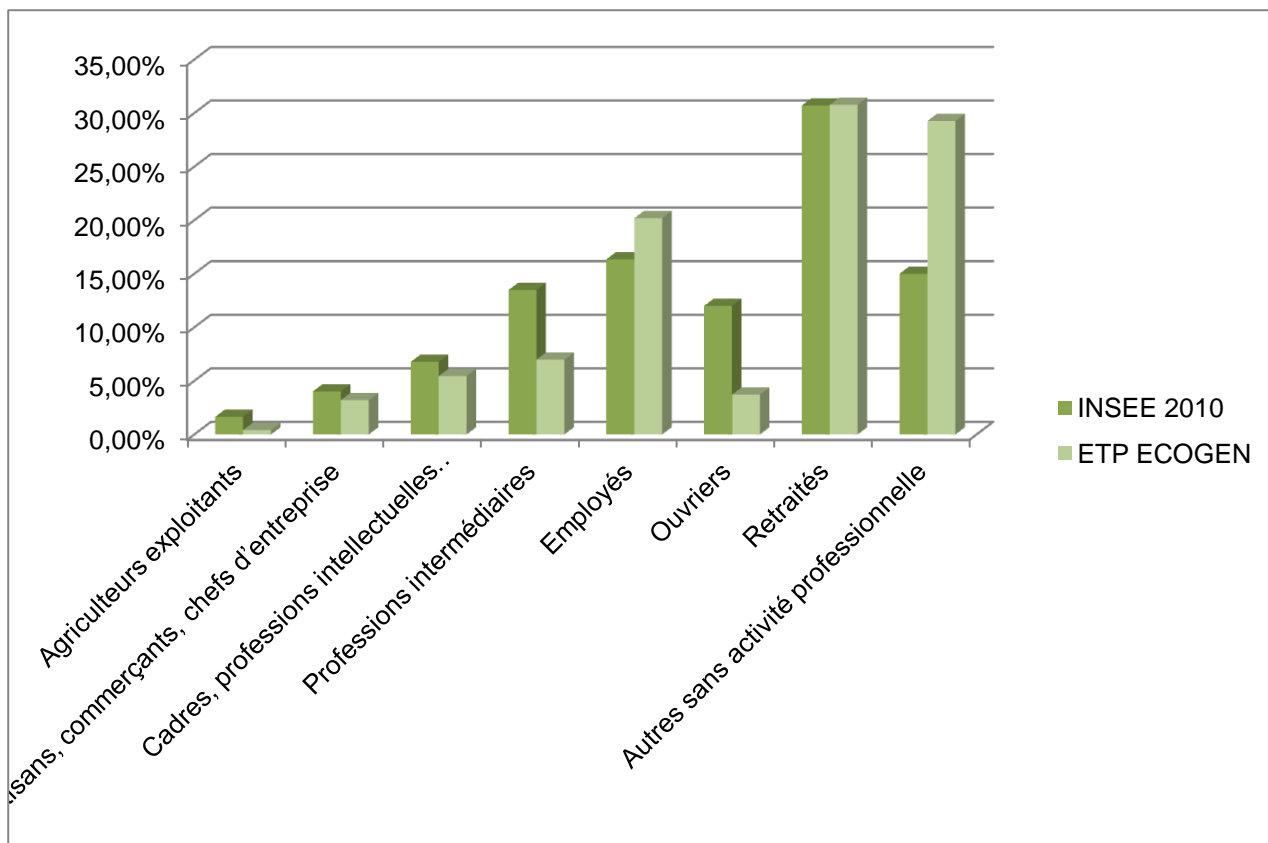


Figure 53 : Comparaison de la répartition des CSP INSEE et des CSP ETP

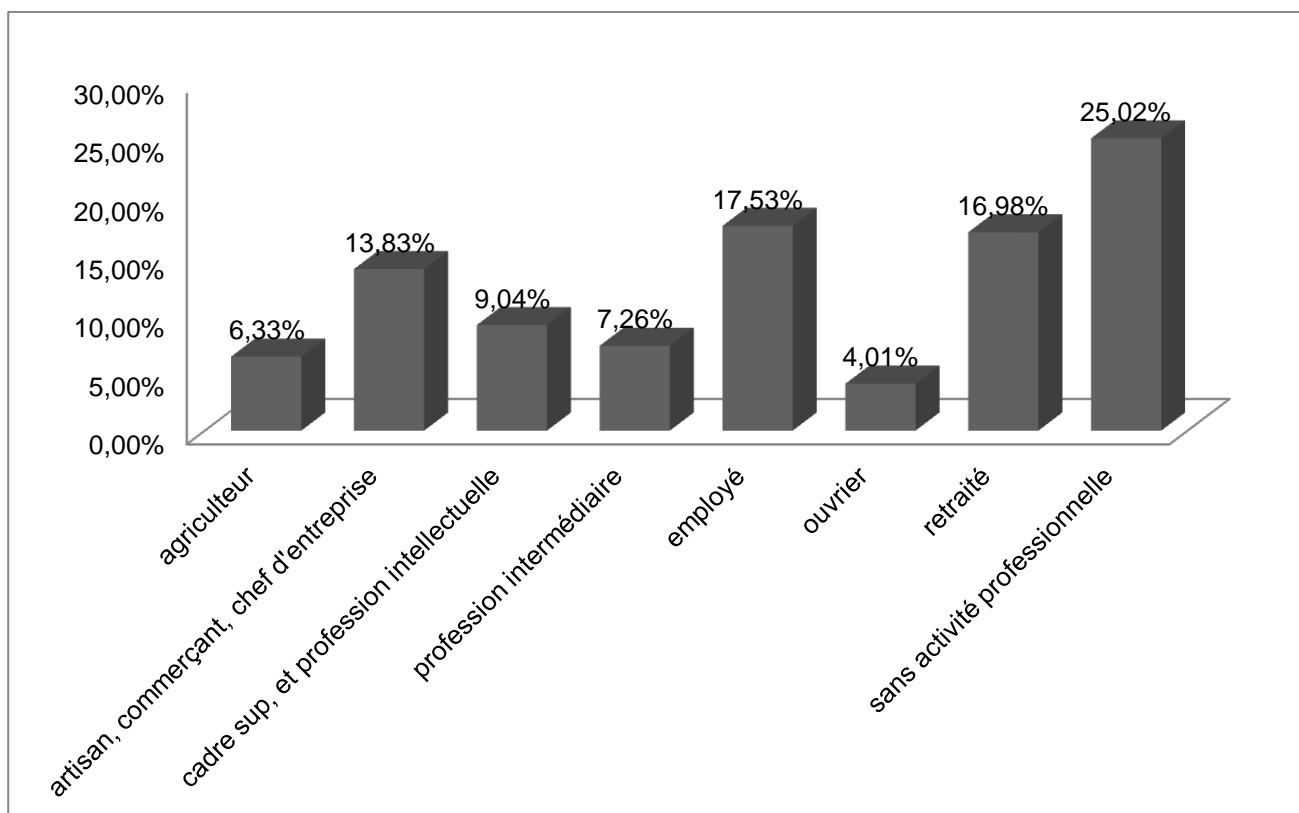


Figure 54 : Répartition des résultats « ETP » par CSP redressés par les effectifs de la structure française

Ceci est la représentation théorique du poids de l'ETP dans chaque CSP proportionnellement à leur poids en France. Pour illustrer, par exemple, si chaque CSP avait un poids identique en France, l'ETP serait deux fois plus importante chez les inactifs que chez les artisans.

Nous remarquons que les trois catégories socioprofessionnelles où l'ETP est le plus réalisée sont :

- les personnes sans activité professionnelle
- les employés
- les retraités.

Il faut néanmoins prendre en compte la notion que l'effectif des personnes sans activité professionnelle est majoré par le poids des enfants.

L'ETP est moins réalisée chez :

- les agriculteurs
- les ouvriers.

Dans nos résultats non redressés avec ceux de l'INSEE nous retrouvons les mêmes CSP, les retraités étaient cependant majoritaires.

Une idée reçue aurait été de penser que l'ETP était plus réalisée chez les professions intellectuelles supérieures, considérant les patients plus cortiqués et donc plus accessibles à ce type de démarche. Notre étude démontre le contraire.

Cependant d'après la Revue du Haut Conseil de la Santé Publique [38] et en élargissant aux inégalités sociales, les médecins seraient plus directifs et chercheraient moins à construire un partenariat avec les patients défavorisés. Le médecin pourrait penser que les patients auraient plus de difficultés à prendre des décisions dans ce contexte d'où une attitude plus paternaliste. Les consultations seraient plus courtes avec les patients défavorisés et les médecins leur laisseraient moins le temps de s'exprimer. Les médecins tendraient à minimiser dans cette population le besoin d'information et le souhait d'être impliqué dans les décisions.

Il est pourtant clairement démontré que l'éducation thérapeutique pourrait contribuer à réduire les inégalités sociales.



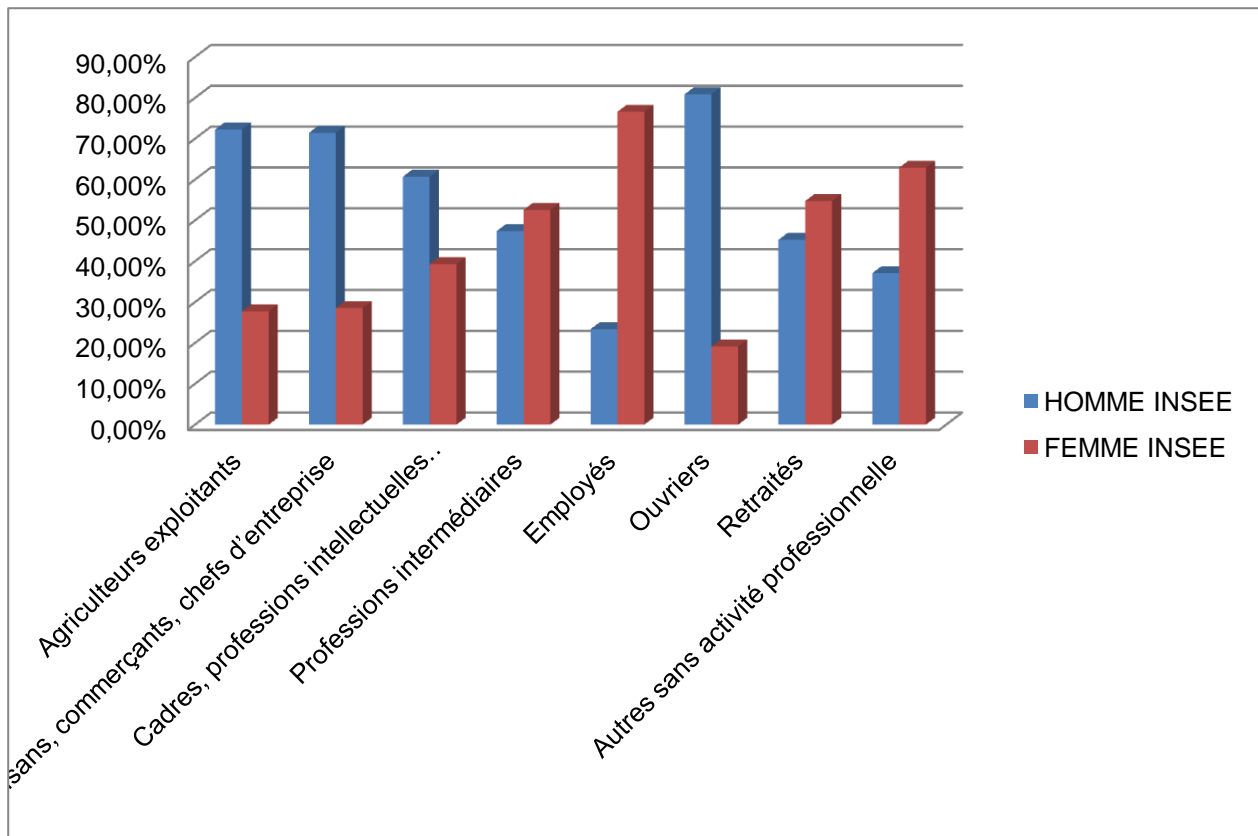


Figure 55 : Répartition par sexe dans chaque CSP selon INSEE

En observant les répartitions par sexe dans chaque CSP selon les données de l'INSEE 2010, nous remarquons qu'il y a beaucoup plus d'ouvriers que d'ouvrières, d'agriculteurs que d'agricultrices, et de commerçants / artisans / chefs d'entreprise hommes que femmes. Les hommes sont aussi majoritaires chez les cadres et les professions intellectuelles supérieures.

Les femmes sont majoritaires chez les employées, les retraitées, et les personnes sans activité professionnelle.

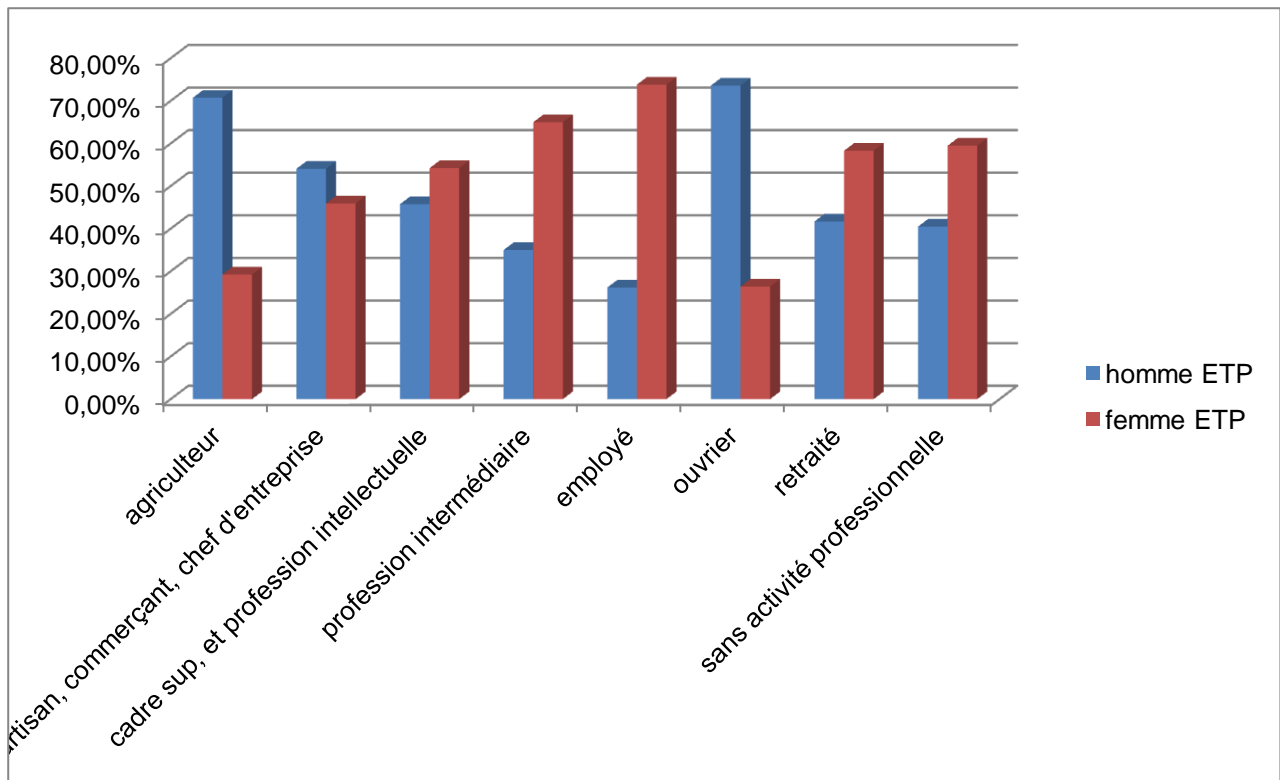


Figure 56 : Répartition de l'ETP par sexe dans chaque CSP

Nous observons que les procédures ont été plus réalisées chez les femmes employées, les femmes exerçant une profession intermédiaire et chez les femmes retraitées et sans activité professionnelle. Les hommes ouvriers et agriculteurs semblent plus concernés par les procédures étudiées.

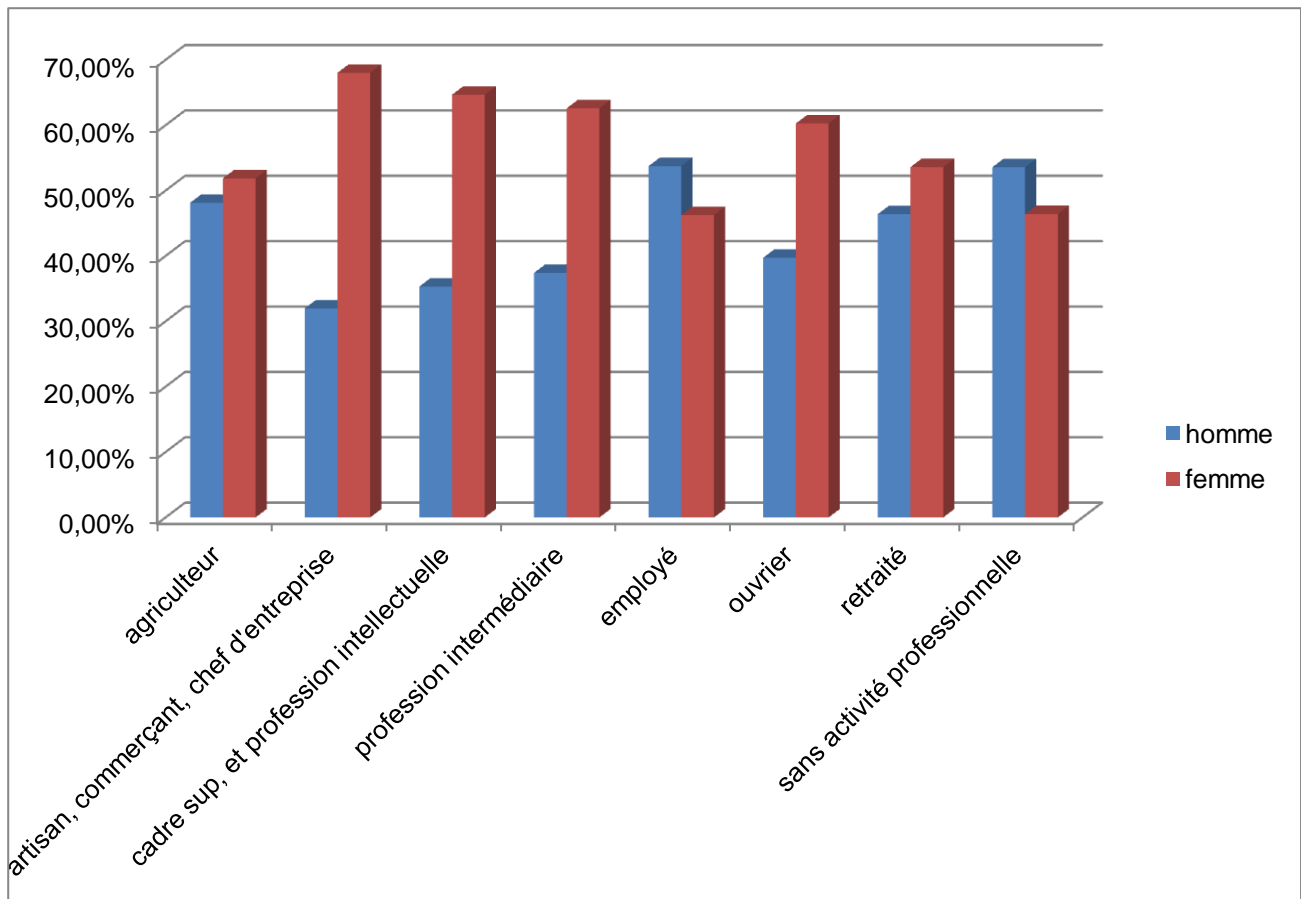


Figure 57 : Répartition par sexe de l'ETP par CSP redressée par les effectifs français

Cette représentation théorique efface le poids du sexe et de la CSP. Cela nous permet de savoir chez qui l'ETP est le plus réalisée.

Nous observons que les hommes auraient une tendance supérieure aux femmes chez les employés et les personnes sans activité professionnelle. Ceci n'apparaissait pas dans les autres figures car ce sont des professions féminines ce qui modifiait les résultats. Pour les autres CSP, les femmes sont majoritaires. Les femmes seraient nettement plus concernées chez les artisans / commerçants / chefs d'entreprise et chez les cadres supérieures et les professions intermédiaires.

Dans nos résultats, 2,7% de la population concernée par l'ETP est étudiante. Il doit s'agir essentiellement de prévention primaire, d'éducation à la santé.

### Concernant le statut :

Nous aurions pu supposer que le statut ALD et le statut standard seraient prépondérants. En fait, le statut standard apparaît nettement en premier par rapport à l'ADL. Les autres statuts ont des proportions beaucoup plus modestes. Il faut néanmoins prendre en compte la plus faible représentation des autres statuts en France : CMU 10% des français, invalidité 0,80% des français, maladie professionnelle et accident professionnel 1,29% des français [36].

### Concernant la durée de consultation :

La majorité des consultations se situent entre 15 et 29 minutes.

La différence avec et sans ETP est significative statistiquement mais ces deux durées sont quand même très proches. Une minute de plus de consultation peut apporter un bénéfice au patient en pratiquant une démarche éducative et en le plaçant au centre de sa prise en charge et acteur de celle-ci.

Finalement contrairement aux idées reçues, l'ETP n'est pas si chronophage.

On peut cependant émettre l'hypothèse que les temps impartis pour chaque étape de la consultation ne sont peut être pas équivalents si l'ETP est présente (exemple : un examen clinique moins approfondi).

Par contre nous observons que l'ETP est beaucoup moins présente pour les consultations inférieures à 15 minutes. Il est donc beaucoup plus difficile de pratiquer cette procédure en moins de 15 minutes.

## Concernant les MSU :

### Concernant l'âge des MSU :

Contrairement à ce que nous pourrions supposer, les médecins de plus de 55 ans utilisent le plus ces procédures alors que la démarche d'ETP n'a pas fait partie de leur formation. Nous aurions pu penser que les jeunes médecins ont été plus sensibilisés à cette notion et pourtant le pourcentage est plus faible. Cependant deux points peuvent amplifier cette différence. Les médecins de plus de 55 ans sont plus nombreux. Souvent l'âge de la patientèle évolue en fonction de l'âge du médecin. Un médecin de plus de 55 ans pourrait suivre plus de patients avec des maladies chroniques et pourrait donc faire plus d'ETP. Il est également possible qu'un médecin de plus de 55 ans ait un nombre annuel de consultation plus élevé ce qui amplifie nos résultats.

Dans l'étude de Midi Pyrénées [23], il n'y a pas de différence statistiquement significative qui ait été retrouvée mais l'ETP semble majoritairement pratiquée par des médecins de moins de 45 ans installés en milieu péri-urbain et installés depuis moins de 5 ans

Voici la représentation des MSU ayant participé à l'étude ECOGEN d'après le Laboratoire de Biostatistiques d'ECOGEN (en regroupant en trois tranches d'âges) :

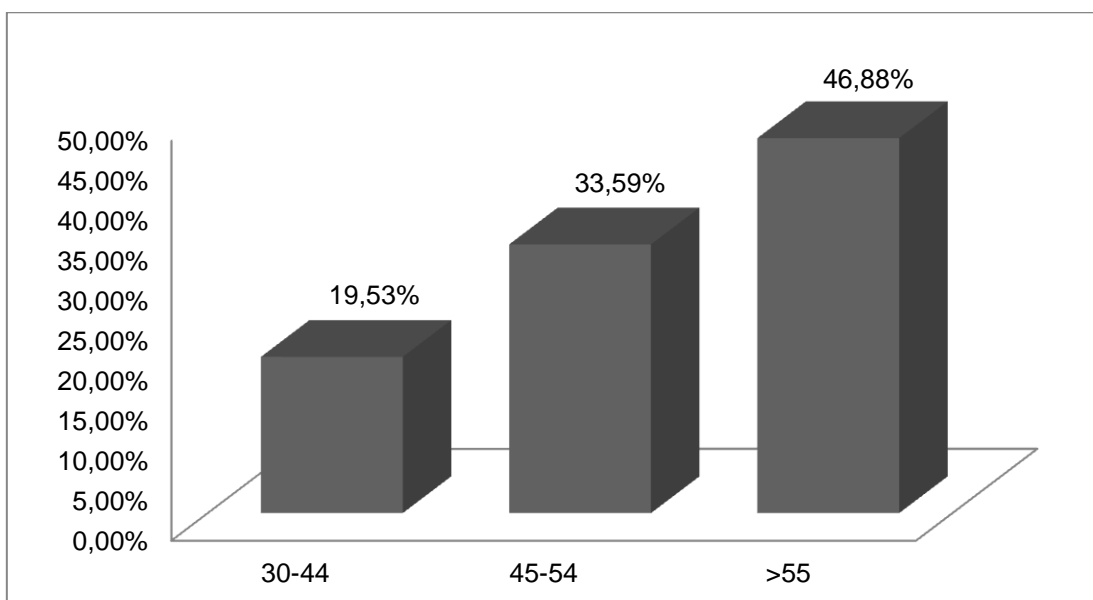


Figure 58 : Répartition des 128 MSU ECOGEN en fonction de l'âge (pourcentage)

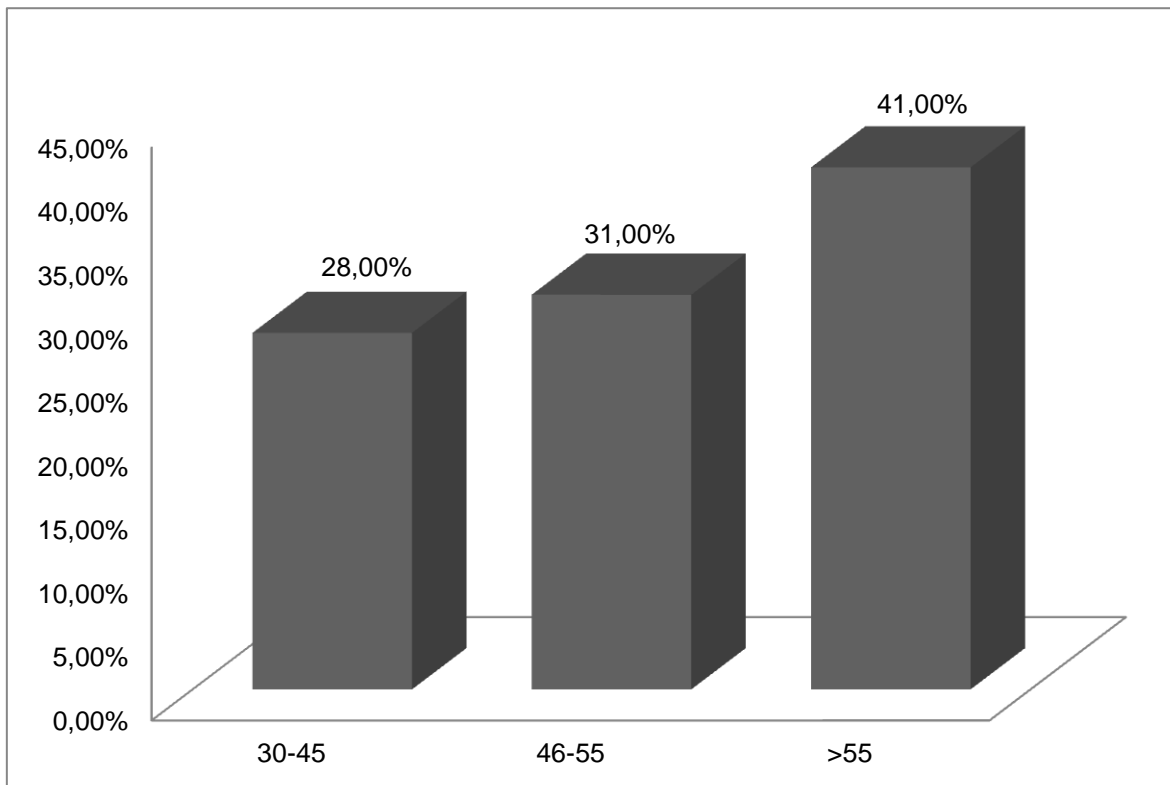


Figure 59 : Répartition des tranches d'âges des MSU pratiquant l'ETP redressées par leurs proportions respectives dans ECOGEN

En redressant les 128 MSU de l'étude ECOGEN répartis en trois tranches et l'effectif des procédures (c'est-à-dire 9984 lignes) réalisées par ces maîtres de stage :

- la tranche d'âges > 55 ans réalise plus d'ETP. Comme dit précédemment, l'âge de la patientèle peut suivre l'âge du médecin. Les patients âgés seraient donc plus exposés à des maladies chroniques nécessitant de l'ETP
- les tranches d'âges 30-44 et 45-54 ans réalisent moins d'ETP. L'ETP étant un enjeu de Santé Publique de ces dernières années, nous aurions pu supposer que ces médecins aient été plus sensibilisés durant leurs études à cette notion que leurs confrères plus âgés.

Cette interprétation doit être tempérée car un MSU a pu avoir réalisé beaucoup d'ETP et un autre peu dans nos données analysées.

La taille de la patientèle peut influencer sur la réalisation d'ETP. Nous avons observé le nombre annuel de consultations en fonction de l'âge du médecin (par tranches d'âges, en additionnant les effectifs).

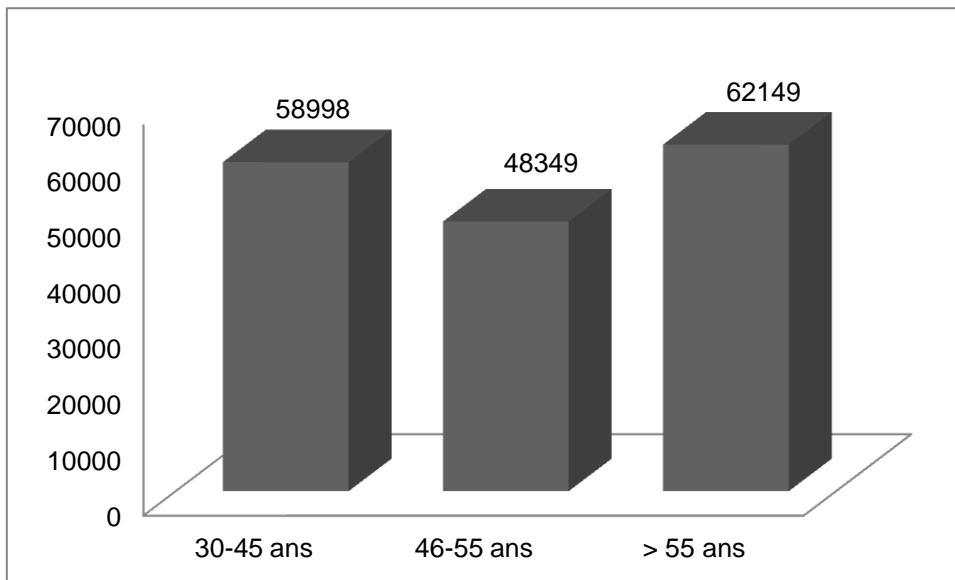


Figure 60 : Nombre annuel de consultations des MSU en fonction des tranches d'âges

Les médecins de plus de 55 ans ont le plus grand nombre annuel de consultations. Donc, dans notre étude, les médecins de plus de 55 ans consulteraient plus et pratiqueraient plus l'ETP. Ceci peut paraître paradoxal car nous pourrions penser que la pratique de l'ETP prend du temps et s'adresserait surtout aux médecins avec moins de patients. D'un autre côté une autre hypothèse serait que les médecins plus âgés ont des patients plus âgés avec des pathologies chroniques et donc nécessitant plus d'ETP.

Concernant le sexe des MSU :

D'après le laboratoire de Biostatistiques d'ECOGEN et sur la population entière des MSU on observe :

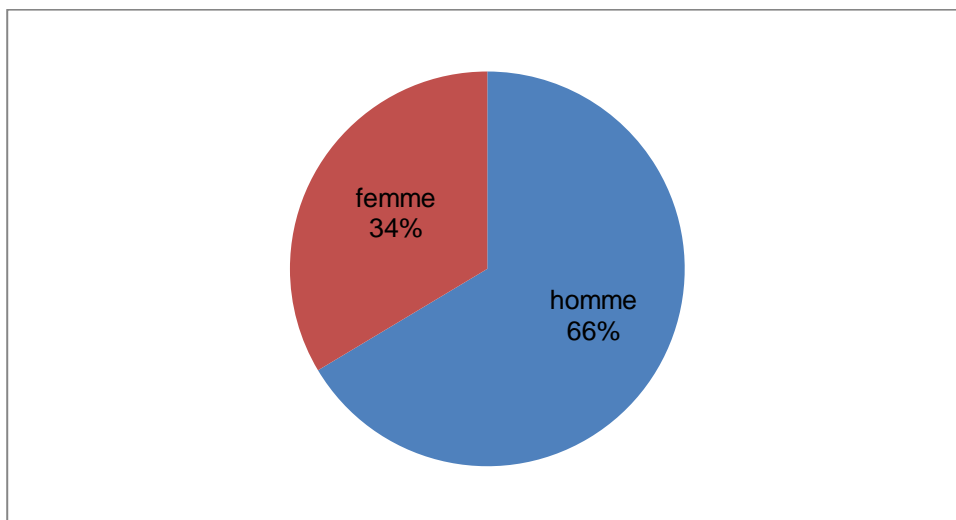


Figure 61 : Répartition des 128 MSU ECOGEN en fonction du sexe

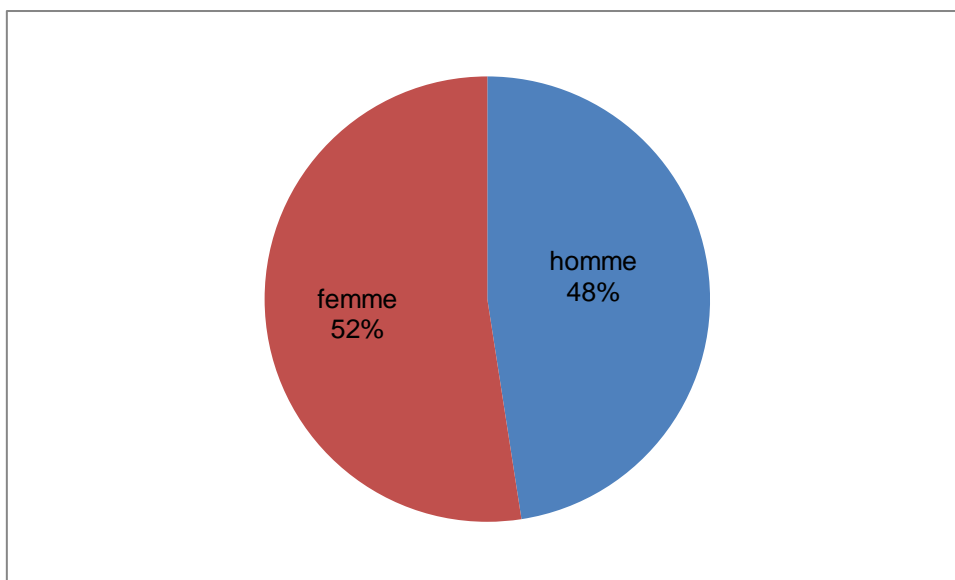


Figure 62 : Répartition théorique par sexe des MSU pratiquant l'ETP redressé par leur effectif dans ECOGEN

En prenant les précautions dites précédemment, nous pouvons voir que la répartition par sexe est équivalente entre la population générale des MSU et celle réalisant les procédures décrites. Nous pouvons observer une tendance en faveur des femmes MSU. Le sexe du médecin aurait donc peu d'influence sur la réalisation de ces procédures.



Concernant les lieux et modes d'exercice du MSU :

Le laboratoire de Biostatistiques d'ECOGEN a préféré répartir les MSU en fonction de Tranches d'Unités Urbaine (TUU) comme défini ci-dessus. Cela serait plus objectif que la description du lieu d'exercice par les internes ayant réalisé le codage.

<b>Table of TUU2010 by type</b>			
<b>TUU2010</b>	<b>type</b>		
<b>Frequency Col Pct</b>	<b>Ecogen</b>	<b>Medgen</b>	<b>Total</b>
<b>0</b>	19 14.84	7696 15.68	7715
<b>1</b>	12 9.38	4681 9.54	4693
<b>2</b>	8 6.25	3692 7.52	3700
<b>3</b>	8 6.25	2962 6.03	2970
<b>4</b>	4 3.13	3612 7.36	3616
<b>5</b>	9 7.03	4111 8.38	4120
<b>6</b>	8 6.25	3333 6.79	3341
<b>7</b>	40 31.25	13694 27.90	13734
<b>8</b>	20 15.63	5300 10.80	5320
<b>Total</b>	128	49081	49209
<b>Frequency Missing = 4969</b>			

Nous avons représenté cette répartition en trois classes afin de pouvoir comparer avec nos données. Nous avons considéré que le lieu était rural si < 2 000 habitants = TUU correspondant à 0, semi-rural entre 2 000 et 9 999 habitants = TUU correspondant à 1 et 2, et urbain > 10 000 habitants = TUU correspondant à 3, 4, 5, 6, 7 et 8.

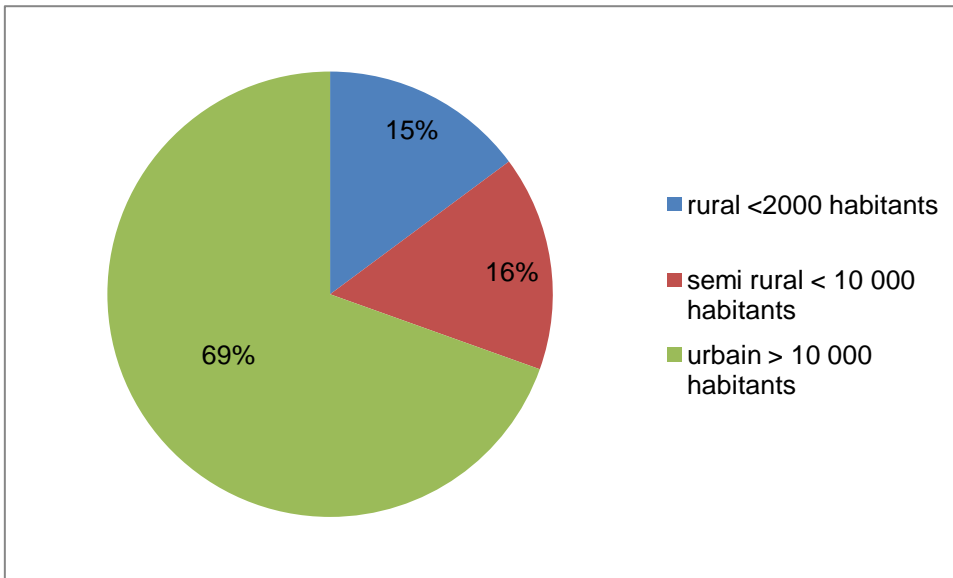


Figure 63 : Répartition des MSU ECOGEN en fonction de leur lieu d'exercice

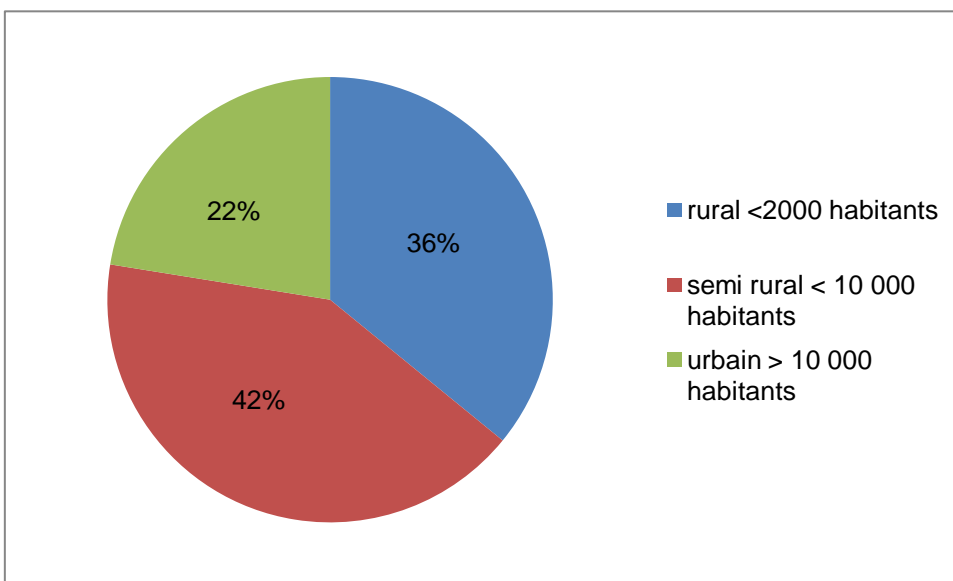


Figure 64 : Répartition théorique par lieu d'exercice des MSU ayant pratiqué l'ETP redressé en fonction de ceux des MSU ECOGEN

Nous pouvons observer que les médecins « ruraux » et « semi-ruraux » en comparaison pratiqueraient plus les procédures décrites que les médecins « urbains ». Il est possible que les médecins « ruraux » aient une patientèle plus âgée, et qui présenterait plus de pathologies chroniques. L'ETP serait donc plus indiquée. Par ailleurs les médecins « ruraux » pourraient avoir une activité plus importante. D'après l'étude de Midi-Pyrénées [23], ce serait les médecins installés en milieu péri-urbain qui pratiqueraient le plus cette action. Cependant il existe un biais important dans cette étude, les médecins toulousains et urbains étaient sous-représentés.

Une autre hypothèse serait que les médecins « urbains » ont peut-être plus de moyens à disposition et pourraient orienter leurs patients vers d'autres structures d'ETP : hôpital, réseaux, associations...

Mais il est bien sûr entendu qu'un médecin défini « urbain » peut tout à fait voir des patients vivant en milieu rural et inversement.

D'après une étude de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques de juin 2004 [39], les visites représentent 18 % de l'activité des médecins généralistes libéraux exerçant en Île-de-France, et 23 % en moyenne dans le reste de la France. Ces proportions correspondent à celles fournies par le SNIR (Système National Inter Régime) 2002 de la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés). Il n'y a pas de données récentes concernant cette répartition visite / consultation. En prenant en compte ces notions, concernant nos données, nous pouvons voir que les procédures étudiées sont réalisées très majoritairement en consultation. Pourtant les personnes vues en visite sont souvent poly-pathologiques et nécessiteraient certainement des procédures de ce type. Cependant, ces visites concernent certainement des personnes âgées qui sont peut être également moins accessibles à l'ETP. Dans ce contexte de visite à domicile, les patients sont souvent plus dépendants et la gestion de leur traitement et de leur environnement de vie peut être réalisée par des professionnels paramédicaux (infirmier, aide à domicile...). Des difficultés de codage ont pu être rencontrées par les internes lors des visites. Le recueil de données a pu être moins bien réalisé par manque de moyens (exemple : difficulté de s'asseoir, fait dans la voiture...).

Nous remarquons que la très grande majorité est également effectuée au cabinet en fonction des modes d'exercice.

Concernant le mode d'exercice, le travail en groupe médical est nettement prédominant. La répartition des MSU ECOGEN n'a pas été donnée dans l'analyse du laboratoire de Biostatistiques d'ECOGEN.

Nous aurions pu penser que le travail en groupe pluridisciplinaire serait un facteur favorisant d'ETP, à travers la notion de transférabilité. Cette notion de transférabilité sous-tend le fait que le médecin généraliste pourrait déléguer ces actions, et notamment à un de ses collègues dans les groupes pluridisciplinaires.

D'après notre étude la transférabilité pourrait être envisagée pour l'ETP dans 34% des cas dont 22% avec condition. Les professionnels vers qui le médecin pourrait orienter seraient majoritairement les infirmiers, les pharmaciens et les psychologues. C'est l'interne qui lors de sa

saisie évaluait la possibilité de transférabilité par procédures notées dans le questionnaire. Une contre évaluation par le MSU a été réalisée pour 20 consultations mais nous ne disposons pas encore des résultats comparatifs.

Concernant le professionnel vers qui orienter, la politique de Santé actuelle est justement de former les pharmaciens à la pratique d'ETP (notamment pour les anticoagulants). Les infirmiers peuvent aussi suivre des formations pour se spécialiser à l'ETP.

Si une condition est requise pour la transférabilité, il s'agit majoritairement de l'utilisation de protocole prédéfini.

### 4.3. Perspectives

L'étude ECOGEN [20] a permis une avancée de la recherche en soins primaires. Les données ont été utilisées dans plus d'une cinquantaine de thèses avec des approches très différentes : études des RC, des procédures, des patients, des MSU... Des publications dans la revue EXERCER ont eu lieu et sont prévues pour l'été prochain. Une réflexion sur la conception d'ECOGEN 2 est en cours. Elle pourrait concerner la prescription ou la gravité des pathologies rencontrées. Une thématique particulière pourrait être abordée. Une autre étude pourrait impliquer plus les MSU de façon volontaire.

Le médecin généraliste tient une place essentielle dans l'éducation thérapeutique du patient. L'ETP est amenée à se développer en ambulatoire à travers les réseaux, par l'intermédiaire des maisons de santé et de l'ARS [40].

Cependant, pour certains praticiens, l'éducation thérapeutique est inhérente à la pratique médicale et n'appelle donc pas de changement particulier. Ce point de vue pose la question de savoir si les pratiques actuelles relèvent plus de l'information, du conseil que du soutien à un apprentissage significatif du patient.

Les médecins généralistes ont une vision incomplète de la nature de l'éducation thérapeutique et connaissent peu ou mal les outils qu'ils peuvent proposer, alors qu'ils en utilisent sans doute déjà, et les structures sur lesquelles ils peuvent s'appuyer. Les méthodes d'éducation thérapeutique au cours de consultations de médecine générale prennent peu de temps, mais nécessitent des savoirs, savoir-faire et savoir-être qui ne sont pas enseignés en formation initiale. Une formation spécifique à l'éducation thérapeutique doit être réalisée dans le cursus universitaire et en formation continue. Le temps nécessaire à ces pratiques doit être reconnu et valorisé [25].

Il est possible de réaliser une éducation thérapeutique du patient en médecine générale.

Tout d'abord, cela nécessite pour le médecin traitant de connaître les dispositifs de ressources éducatives existantes dans son territoire professionnel. Cette connaissance lui permet de les utiliser et de participer lui-même à des séances d'éducation thérapeutique. Il incombe alors au médecin de proposer l'éducation thérapeutique, d'en expliquer les possibles bénéfices. Convier un patient à participer à des séances relève de l'éducation thérapeutique et participe à augmenter l'accès à l'ETP à des patients qui en ont besoin. Il s'agit de motiver le patient et donc de conférer à l'éducation thérapeutique, une utilité pour le patient. Le médecin peut établir avec le patient le diagnostic éducatif.

Sur le plan financier, actuellement, L'ETP ambulatoire ne bénéficie pas d'une nomenclature des prestations permettant un financement à l'acte à partir du risque maladie. La T2A (tarification à l'activité) est utilisée pour l'ETP des malades hospitalisés. Il n'y a pas de financement pour une hospitalisation de jour possible uniquement pour l'ETP.

Depuis 2012, le Fond d'Intervention Régional (FIR), géré par les ARS, remplace les anciennes modalités de financement de l'ETP (MIG ETP, FIQS, DRDR). La circulaire n°SG/2013/195 du 14 mai 2013, relative aux modalités de mise en œuvre du FIR en 2013, précise que ce fond peut financer autant les établissements de santé que d'autres structures. Le FIR permet par exemple de financer l'ETP réalisée par certains réseaux, par des professionnels de soins primaires en exercice regroupé, par des équipes hospitalières intervenant en ambulatoire.

Grâce à leurs fonds de prévention, les régimes d'assurance maladie obligatoires financent des programmes d'éducation thérapeutique. Certaines assurances maladie complémentaires contribuent aussi à ce financement.

L'article 65 de la LFSS pour 2013 prévoit la création d'un nouveau dispositif de rémunération forfaitaire des professionnels de santé travaillant en équipe. Cette rémunération pourra être versée dans le cadre d'une convention entre les professionnels, l'ARS et le(s) régime(s) d'assurance maladie financeur(s).

## CONCLUSION

Nous possédons peu de données descriptives concernant les soins primaires. ECOGEN propose une approche inédite de recherche en Médecine Générale. Pour la première fois une étude nationale et multicentrique décrit les motifs de consultations, les résultats de consultation (diagnostic) et les procédures (actions réalisées). Réalisée de décembre 2011 à avril 2012, par des internes observateurs en stage de premier niveau chez le praticien, ECOGEN a été coordonnée par le CNGE Recherche.

Dans cette grande base de données sans équivalent, nous nous sommes intéressés à l'éducation thérapeutique du patient. Celle-ci est une notion récente de l'approche thérapeutique. Elle place le patient au centre des soins. Il devient acteur de sa pathologie. Une amélioration de la prise en charge et de l'observance thérapeutique est observée en impliquant le patient. La démarche d'ETP comprend plusieurs temps et est bien décrite dans la littérature. Nous connaissons néanmoins mal les pathologies et les populations concernées par l'ETP en médecine générale. Nous avons donc recherché quelle est la place de l'ETP en soins primaires en étudiant deux procédures de la base de données ECOGEN : recommandation / avis / régime et conseil thérapeutique / écoute.

Les résultats de consultation les plus fréquents concernent la médecine préventive. Il s'agit avant tout d'éducation pour la santé. Des pathologies aiguës apparaissent : infections respiratoires hautes et basses. Nous retrouvons, comme attendu, les pathologies chroniques : HTA, trouble du métabolisme des lipides, diabète non insulino-dépendant, dépression, obésité.

Les populations concernées sont de toutes tranches d'âges avec une petite prédominance des moins de 24 ans et des plus de 65 ans. Les pathologies concernées sont variables en fonction de l'âge du patient. Les personnes sans activité professionnelle, les employés, et les retraités sont majoritaires, tout comme les patients avec un statut standard ou en ALD.

Il existe une différence statistiquement significative en terme de durée entre une consultation sans ETP et avec ETP. La plus grande partie des consultations avec ETP dure entre 15 et 29 minutes. Il est difficile de réaliser de l'ETP dans des consultations de moins de 15 minutes. Nous observons néanmoins que cette pratique n'est pas si chronophage, la différence de durée moyenne sans et avec ETP étant d'une minute.

Les médecins ont en majorité plus de 55 ans. Ils exercent en milieu rural ou semi-rural, et travaillent en groupe médical. L'ETP est en général réalisée lors de la consultation au cabinet et non programmée. D'après les internes, dans deux tiers des cas cette action serait transférable à d'autres professionnels comme les infirmiers ou les pharmaciens. La condition principale serait l'utilisation d'un protocole défini.

L'ETP existe donc bien en médecine générale. C'est une pratique retrouvée dans de nombreuses pathologies, toutes tranches d'âges confondues. Son intérêt pour une prise en charge favorable a été déterminé dans plusieurs pathologies chroniques que nous retrouvons dans notre étude (diabète, asthme, lombalgie, obésité...).

Nous ne connaissons pas dans notre étude la démarche d'ETP réalisée. Celle-ci est bien codifiée et nécessite une formation pour apprendre à la réaliser.

C'est une approche thérapeutique d'avenir, à travers laquelle le patient acquiert des compétences pour mieux vivre avec sa maladie. Elle pourrait être facilitée par la création des maisons de santé avec une réalisation dans des temps définis par une équipe pluridisciplinaire. Reste à savoir comment la politique de Santé Publique actuelle souhaite intégrer cette notion dans la prise en charge du patient en terme de financement.

Il pourrait ensuite être intéressant de faire une étude qualitative centrée sur les médecins pour connaître leur position, leurs freins par rapport à cette démarche d'ETP.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] *Haute Autorité de Santé Education thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation juin 2007 recommandations* [En ligne]. Disponible sur : < [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_definition\\_finalites\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf) > (consulté le 28 février 2012)
- [2] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. « Haute Autorité de Santé - Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques ». [s.l.] : [s.n.], 2009. Disponible sur : < [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_601290/structuration-dun-programme-deducation-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601290/structuration-dun-programme-deducation-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques) > (consulté le 28 février 2012)
- [3] « Étude Ecogen | Une production CNGE Recherche ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://etudeecogen.fr/> > (consulté le 30 janvier 2014)
- [4] « WHO | International Classification of Primary Care, Second edition (ICPC-2) ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/> > (consulté le 5 février 2014)
- [5] *L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT EN 15 QUESTIONS - RÉPONSES HAS INPES* [En ligne]. Disponible sur : < [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/questions\\_reponses\\_vvd\\_.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/questions_reponses_vvd_.pdf) > (consulté le 14 mars 2012)
- [6] *Définition de l'Éducation Thérapeutique* [En ligne]. Disponible sur : < [http://www.educapic.com/educ\\_the\\_def.html](http://www.educapic.com/educ_the_def.html) > (consulté le 13 mars 2012)
- [7] *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé OMS 1986.pdf* [En ligne]. Disponible sur : < [http://ireps.midi-pyrenees.fnes.fr/presentation/pdf/charte\\_ottawa.pdf](http://ireps.midi-pyrenees.fnes.fr/presentation/pdf/charte_ottawa.pdf) > (consulté le 7 février 2014)
- [8] « LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires | Legifrance ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id> > (consulté le 7 février 2014)
- [9] *Projet de Rapport Ordinal sur l'Éducation Thérapeutique Ordre National des Médecins rapport du 3 avril 2009 Docteur Pierre Hecquard - educationtherapeutique.pdf* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/educationtherapeutique.pdf> > (consulté le 7 février 2014)
- [10] *Fondements de l'éducation thérapeutique Dr Régis Bresson Service d'Endocrinologie-diabétologie et nutrition du CH de Douai Directeur médical de la Plateforme Santé Douaisis Vice président du DELF (SFET) et de l'ANCRED2011.pdf (Objet application/pdf)* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.chups.jussieu.fr/polys/dus/dusmedecinedusport/dupromotionsportetsante2011/FondementsdeeducationtherapeutiqueuRBRESSON2011.pdf> > (consulté le 2 mars 2012)
- [11] *Dr. Monique CHAMBOULEYRON Présentation ETP Aix\$27Spir le 05062010.Hôpitaux Universitaires de Genève Certificate / Diploma of Advanced Studies ETP.pdf (Objet application/pdf)* [En ligne]. Disponible sur : < [http://www.freelung.org/resources/Dr.\\_Monique\\_CHAMBOULEYRON\\_Pr\\$C3\\$A9sentation\\_ETP\\_Aix\\$27Spir\\_2010.pdf](http://www.freelung.org/resources/Dr._Monique_CHAMBOULEYRON_Pr$C3$A9sentation_ETP_Aix$27Spir_2010.pdf) > (consulté le 13 mars 2012)



- [12] *Rapport au premier ministre Education thérapeutique du patient Propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne Rédigé par M. Denis JACQUAT, député de la Moselle juin 2010* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000364/0000.pdf> > (consulté le 20 janvier 2014)
- [13] « L'assurance maladie coache les diabétiques | Medecinews ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.medecinews.com/785/lassurance-maladie-coache-les-diabtiques.html> > (consulté le 14 mars 2012)
- [14] « Education thérapeutique du patient Appel à projets régional 2013 n°1 - ARS Paca ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.ars.paca.sante.fr/Education-therapeutique-du-pat.94769.0.html> > (consulté le 20 janvier 2014)
- [15] CHARLES CUNGI. « Charles Cungi « Comment lutter contre ses dépendances », Les Grands Dossiers des Sciences Humaines 6/2011 (N° 23), p. 14-14. URL : [www.cairn.info/magazine-les-grands-dossiers-des-sciences-humaines-2011-6-page-14.htm](http://www.cairn.info/magazine-les-grands-dossiers-des-sciences-humaines-2011-6-page-14.htm). » [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < [http://www.google.fr/imgres?client=firefox-a&sa=X&rls=org.mozilla%3Afr%3Aofficial&biw=1366&bih=330&tbm=isch&tbnid=i71MplUjUDzDBM%3A&imgrefurl=http%3A%2F%2Fwww.cairn.info%2Farticle.php%3FID\\_ARTICLE%3DGD SH\\_023\\_0014&docid=2oV9CQJKFpeyUM&imgurl=http%3A%2F%2Fwww.cairn.info%2Floadimg.php%253FFILE%253DGD SH%2FGD SH\\_023%2FGD SH\\_023\\_0014%2FfullGD SH\\_023\\_0014\\_img\\_1.jpg&w=520&h=602&ei=mE3dUq\\_5JYaK0AXItYHgCw&zoom=1&iact=rc&dur=277&page=7&start=70&ndsp=13&ved=0CLUCEK0DMEc](http://www.google.fr/imgres?client=firefox-a&sa=X&rls=org.mozilla%3Afr%3Aofficial&biw=1366&bih=330&tbm=isch&tbnid=i71MplUjUDzDBM%3A&imgrefurl=http%3A%2F%2Fwww.cairn.info%2Farticle.php%3FID_ARTICLE%3DGD SH_023_0014&docid=2oV9CQJKFpeyUM&imgurl=http%3A%2F%2Fwww.cairn.info%2Floadimg.php%253FFILE%253DGD SH%2FGD SH_023%2FGD SH_023_0014%2FfullGD SH_023_0014_img_1.jpg&w=520&h=602&ei=mE3dUq_5JYaK0AXItYHgCw&zoom=1&iact=rc&dur=277&page=7&start=70&ndsp=13&ved=0CLUCEK0DMEc) > (consulté le 20 janvier 2014)
- [16] *INPES boîte à outils pour les formateurs en éducation du patient analyse de témoignages « le processus d'acceptation », grille des stades d'acceptation (exemples de résultats)* [En ligne]. Disponible sur : < [http://ofep.inpes.fr/uploaded/c7-4\\_seq01/7-4\\_seq01\\_materiel\\_3.pdf](http://ofep.inpes.fr/uploaded/c7-4_seq01/7-4_seq01_materiel_3.pdf) > (consulté le 19 janvier 2014)
- [17] ACTUALITÉS ET RESSOURCES SUR LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES. « Définitions - ChroniSanté CNRS INIST Chronicité Santé Société Actualités et ressources sur la prise en charge des maladies chroniques ». [s.l.] : [s.n.], 2012. Disponible sur : < <http://chronisante.inist.fr/?-Definitions-> > (consulté le 14 mars 2012)
- [18] *Plan 2007 - 2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques* [En ligne]. Disponible sur : < [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007\\_2011.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf) > (consulté le 30 janvier 2014)
- [19] « Fréquence des ALD au 31/12/2012 ameli.fr - Prévalence ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/frequence-des-ald-au-31-12-2012.php> > (consulté le 30 janvier 2014)
- [20] *Etude ECOGEN : accéder à la « boîte noire » de la médecine générale Démarrage ...Ardu ? - CNGE Lyon 12 Session ECOGEN.pdf* [En ligne]. Disponible sur : < [http://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/CNGE\\_Lyon\\_12\\_Session\\_ECOGEN.pdf](http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/CNGE_Lyon_12_Session_ECOGEN.pdf) > (consulté le 31 janvier 2014)
- [21] *Comment former les futurs généralistes ? De la difficulté pour les généralistes de nombreux pays à enseigner dans les écoles ou les facultés de médecine - ENSEIGNEMENT La Revue Exercer - Novembre/Décembre 2005 n°75 - 142 Max Budowski\*, Bernard Gay\*\* \*Professeurs associés de médecine générale : \*UFR Paris VII, \*\*UFR Bordeauxcarre\_de\_white3.pdf* [En ligne]. Disponible sur : < [http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/carre\\_de\\_white3.pdf](http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/carre_de_white3.pdf) > (consulté le 30 janvier 2014)

- [22] « Société Française de Médecine Générale : Classement des 50 RC les plus fréquents, par actes pour tous les patients, pour l'année 2009. Observatoire de la Médecine Générale 2010 - SFMG ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < [http://www.sfm.org/demarche\\_medicale/demarche\\_diagnostique/dictionnaire\\_des\\_resultats\\_de\\_consultation/quelques\\_chiffres\\_sur\\_les\\_resultats\\_de\\_consultation.html](http://www.sfm.org/demarche_medicale/demarche_diagnostique/dictionnaire_des_resultats_de_consultation/quelques_chiffres_sur_les_resultats_de_consultation.html) > (consulté le 20 février 2014)
- [23] *PRATIQUE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN MIDI - PYRÉNÉES - 05- Rapport enquête ET 27.09.10.doc - educationtherapeutique.pdf* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.orsmip.org/tlc/documents/educationtherapeutique.pdf> > (consulté le 29 janvier 2014)
- [24] *Baromètre santé médecins généralistes 2009 - Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale - prevention-EPS-ETP.pdf* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/prevention-EPS-ETP.pdf> > (consulté le 29 janvier 2014)
- [25] OLIVIER BOURIT, ERIC DRAHI. « Médecine, volume 3, numéro 5, 229-34, mai 2007, Vie professionnelle Education thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.jle.com/fr/revues/medecine/med/e-docs/00/04/2F/AC/resume.phtml> > (consulté le 24 février 2014)
- [26] « Recherche sur le site de l'IRDES - IRDES ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.irdes.fr/EspaceAccueil/Recherche.html?cx=007387993133100041965%3Akmtpe1wenja&cof=FORID%3A10&ie=UTF-8&q=consultation+m%C3%A9decine+g%C3%A9n%C3%A9rale&sa.x=0&sa.y=0> > (consulté le 5 février 2014)
- [27] *Développement d'un entrepôt de données en médecine générale RESP-Volume 51 No 5 octobre 2003.PDF - resp\_diogene.pdf* [En ligne]. Disponible sur : < [http://omg.sfm.org/docs/publications/resp\\_diogene.pdf](http://omg.sfm.org/docs/publications/resp_diogene.pdf) > (consulté le 5 février 2014)
- [28] *Psychoéducation de la dépression Service du Pr Lançon Dr David Magalon Mr Laurent Benaim Dr Laurent Boyer* [En ligne]. Disponible sur : < [http://www.reseauilhup.com/IMG/pdf/Depression\\_Presentation\\_20100401.pdf](http://www.reseauilhup.com/IMG/pdf/Depression_Presentation_20100401.pdf) > (consulté le 20 février 2014)
- [29] S. LÉGER,, B. ALLENET,, O. PICHOT,, G. FIGARI,, J. CALOP,, P. CARPENTIER,, J.L. BOSSON. « Impact d'un programme d'éducation thérapeutique sur les attitudes de prévention vis-à-vis du risque iatrogène : étude pilote contrôlée visant les patients sous anticoagulants oraux pour maladie thromboembolique veineuse - EM|consulte ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.em-consulte.com/es/article/125062> > (consulté le 24 février 2014)
- [30] GRÉGOIRE LAGGER, ZOLTAN PATAKY, ALAIN GOLAY. « Efficacité de l'éducation thérapeutique - Revue médicale suisse Rev Med Suisse 2009;5:688-690 ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://rms.medhyg.ch/numero-196-page-688.htm> > (consulté le 24 février 2014)
- [31] *Rapport d'orientation\_Analyse économique et organisationnelle de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques- HAS 2007* [En ligne]. Disponible sur : < [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport\\_dorientation\\_analyse\\_economique\\_et\\_organisationnelle.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_dorientation_analyse_economique_et_organisationnelle.pdf) > (consulté le 28 janvier 2014)

- [32] *Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 Janvier 2013 RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE* [En ligne]. Disponible sur : < [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/10irp04\\_reco\\_diabete\\_type\\_2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/10irp04_reco_diabete_type_2.pdf) > (consulté le 26 février 2014)
- [33] *Guide du parcours de soins – Maladie Rénale Chronique de l'adulte GUIDE DU PARCOURS DE SOINS Maladie Rénale Chronique de l'adulte février 2012* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.soc-nephrologie.org/PDF/enephro/recommandations/HAS/2012/MRC-2012.pdf> > (consulté le 26 février 2014)
- [34] « OMS | Maladies cardio-vasculaires mars 2013 ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/> > (consulté le 25 février 2014)
- [35] *Éducation thérapeutique du patient modèles, pratiques et évaluation*. Saint-Denis : INPES, 2010. ISBN : 9782916192192 2916192190.
- [36] PARKER CLAIRE. *QUELLE EST L'INFLUENCE DES CARACTÉRISTIQUES SOCIOPROFESSIONNELLES SUR LES RÉSULTATS DE CONSULTATION EN MÉDECINE GÉNÉRALE*. [s.l.] : [s.n.], 2014.
- [37] « Insee - Population - Population selon la catégorie socioprofessionnelle et le sexe au 1er janvier 2010 ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=4&ref\\_id=poptc02108](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=4&ref_id=poptc02108) > (consulté le 22 février 2014)
- [38] *Que peuvent faire les médecins généralistes face aux inégalités sociales de santé? Revue du haut conseil de la Santé Publique numéro 73 de décembre 2010 de Hector Falcoff* [En ligne]. Disponible sur : < <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Hcsp/ADSP/73/ad730757.pdf> > (consulté le 25 février 2014)
- [39] *Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie - drees315 juin 2004.pdf* [En ligne]. Disponible sur : < <http://onala.free.fr/drees315.pdf> > (consulté le 11 février 2014)
- [40] *Questions IPCEM – Education thérapeutique du patient Questions à propos de l'éducation thérapeutique* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.ipcem.org/etp/pdf/etpquesrep.pdf> > (consulté le 27 janvier 2014)

## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	13
DROITS D'AUTEURS.....	15
PLAN.....	16
ABREVIATIONS UTILISEES.....	17
INTRODUCTION.....	18
1. GENERALITES.....	19
1.1. Education thérapeutique du patient (ETP) [5].....	19
1.1.1. Définition .....	20
1.1.2. Historique [10] [11] [12].....	21
1.1.3. Objectifs de l'éducation thérapeutique du patient [1].....	23
1.1.3.1. Acquérir et maintenir des compétences d'autosoins .....	23
1.1.3.2. Acquérir des compétences d'adaptation .....	24
1.1.4. Population concernée par l'éducation thérapeutique du patient.....	25
1.1.5. Qui propose et réalise une éducation thérapeutique du patient ? [1].....	28
1.2. Les caractéristiques d'une maladie chronique en médecine générale [17] [18] .....	28
1.3. La démarche éducative de l'éducation thérapeutique [2] .....	31
2. MATERIEL ET METHODE .....	34
2.1. ECOGEN [3].....	34
2.1.1. Type d'étude .....	34
2.1.2. Objectifs .....	34
2.1.3. Méthode .....	34
2.1.4. Critères d'inclusion .....	36
2.1.5. Calendrier.....	37
2.1.6. Résultats attendus .....	37
2.2. Notre étude .....	38
2.2.1. Type d'étude .....	38
2.2.2. Objectifs .....	38
2.2.3. Méthode .....	38
2.2.4. Analyse statistique .....	40
3. RESULTATS.....	41
3.1.1. Top 10 des résultats de consultation.....	41
3.1.2. Top 10 des procédures.....	42
3.1.3. Population des médecins généralistes.....	43
3.2. Notre étude .....	44
3.2.1. Les pathologies concernées par l'éducation thérapeutique du patient .....	44
3.2.1.1. Les 25 résultats de consultation les plus fréquents avec les procédures *45 ou *58 .....	44
3.2.1.2. Les 25 résultats de consultation les plus fréquents avec la procédure *45 .....	46
3.2.1.3. Les 25 résultats de consultation les plus fréquents avec la procédure *58 .....	48
3.2.1.4. Les résultats de consultation les plus fréquents concernant les pathologies chroniques avec les procédures *45 ou *58.....	50
3.2.1.5. Effectif par appareil pour les procédures *45 ou *58 .....	53
3.2.2. La population concernée par l'ETP .....	58
3.2.2.1. Répartition des procédures *45 ou *58 par tranches d'âges .....	58
3.2.2.2. Les 10 résultats de consultation, concernés par les procédures *45 ou *58, les plus fréquents par tranches d'âges .....	59
3.2.2.3. Répartition des procédures *45 ou *58 en fonction du sexe .....	64
3.2.2.4. Répartition des procédures *45 ou *58 selon les catégories socioprofessionnelles .....	66
3.2.2.5. Effectif des procédures *45 ou *58 en fonction de la catégorie socioprofessionnelle et du sexe.....	67
3.2.2.6. Répartition des procédures *45 ou *58 en fonction du statut .....	68
3.2.3. L'influence de l'ETP sur la durée de consultation .....	69
3.2.4. Les médecins pratiquant l'ETP.....	70
3.2.4.1. Répartition par tranches d'âges .....	70

3.2.4.2. Répartition par sexe.....	71
3.2.4.3. Répartition par lieu d'exercice .....	71
3.2.4.4. Répartition par mode d'exercice.....	74
3.2.4.5. Etude de la transférabilité des procédures *45 ou *58 .....	76
4. DISCUSSION.....	78
4.1. ECOGEN.....	78
4.1.1. Généralités.....	78
4.1.2. Limites.....	81
4.1.3. Avantages .....	83
4.2. Notre étude .....	84
4.2.1. Discussion des résultats .....	84
Concernant les résultats de consultation : .....	84
Concernant la population :.....	91
Concernant la durée de consultation :.....	100
Concernant les MSU :.....	101
4.3. Perspectives.....	108
CONCLUSION .....	110
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	112
TABLE DES MATIERES.....	116
TABLE DES ANNEXES .....	118
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	122
TABLES DES TABLEAUX.....	124
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	125

## TABLE DES ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire patient ECOGEN .....	119
Annexe 2. Classification CISP-2.....	120

# Annexe 1. Questionnaire patient ECOGEN

ECOGEN – Questionnaire patients

n° 23850

Heure de début / / h /		Initiales MG / /	Date de consultation / /	Consultation Cabinet <input type="checkbox"/> Visite <input type="checkbox"/>	Patient Nouveau <input type="checkbox"/> Déjà connu <input type="checkbox"/>	Année de naissance / /	Genre M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Etudiant Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Statut Invalidité <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/>	Profession cadre sup., profession intellectuelle <sup>1</sup> <input type="checkbox"/>		agriculteur <input type="checkbox"/>	artisan, commerçant, chef d'entreprise <input type="checkbox"/>	employé <sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	retraité <input type="checkbox"/>	ouvrier <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> autre sans activité professionnelle <input type="checkbox"/>	
<small><sup>1</sup> Inclut les professions libérales, de l'information, des arts et du spectacle, les professeurs et les ingénieurs. <sup>2</sup> Inclut les professeurs des écoles et les instituteurs, le clergé, les techniciens, les contremaîtres et agents de maîtrise. <sup>3</sup> Inclut les agents de service et de surveillance, et les personnels des services directs aux particuliers. <sup>4</sup> Inclut les ouvriers agricoles et les chauffeurs.</small>								
Motifs de consultation (symptômes, diagnostics ou procédures)				n° RC				n° RC
1.					6.			
2.					7.			
3.					8.			
4.					9.			
5.					10.			
Procédures (diagnostics, préventives, thérapeutiques, administratives, autres)				Transférabilité				
				R / P	n° RC	SC / AC / I	Professionnels	Conditions (le cas échéant) : DMP / PPD / SMG / AC
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
Résultats de consultation (symptômes ou diagnostics) [RC]				N / A	latro			N / A latro
1.						6.		
2.						7.		
3.						8.		
4.						9.		
5.						10.		
<small>RC : N = nouveau, A = ancien. latro : I = intoxication médicamenteuse ; AI = allergie ou intolérance médicamenteuse ; C = complication de traitement non médicamenteux ; MP = effet secondaire de matériel prothétique. Procédure : R = réalisée, P = programmée.                  Transférabilité : SC = sans condition, AC = avec condition, I = impossible. DMP = Dossier médical partagé, PPD = Protocole pré défini, SMG = Supervision du médecin généraliste, AC = Autre condition (à préciser).                  Professionnels concernés (plusieurs réponses possibles) : I = infirmière, Ph = pharmacien, Ps = psychologue, S = secrétaire, K = kiné, SF = sage-femme, AS = assistante sociale, AP = autre professionnel.</small>								Heure de fin / / h /



## Annexe 2. Classification CISP-2

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 <sup>nd</sup> Edition Wonca International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. B	Oeil F	Ostéo-articulaire L
<p><b>Procédures</b></p> <p>-30 Ex médical/bilan santé détaillé</p> <p>-31 Ex médical/bilan santé partiel</p> <p>-32 Test de sensibilité</p> <p>-33 Ex microbiologique/immunologique</p> <p>-34 Autre analyse de sang</p> <p>-35 Autre analyse d'urine</p> <p>-36 Autre analyse de selles</p> <p>-37 Cytologie/histologie</p> <p>-38 Autre analyse de laboratoire</p> <p>-39 Epreuve fonctionnelle</p> <p>-40 Endoscopie</p> <p>-41 Radiologie diagnostique/imagerie</p> <p>-42 Tracé électrique</p> <p>-43 Autre procédure diagnostique</p> <p>-44 Vaccination/médication préventive</p> <p>-45 Recom./éducation santé/avis/régime</p> <p>-46 Discussion entre dispensateurs SSP</p> <p>-47 Discussion dispensateur spécialiste</p> <p>-48 Clarification de la demande du patient</p> <p>-49 Autre procédure préventive</p> <p>-50 Médication/injection/injection</p> <p>-51 Incision/drainage/aspiration</p> <p>-52 Excision/biopsie/cauté/débridement</p> <p>-53 Perfusion/intubat./dilatat./appareillage</p> <p>-54 Répar./fixation/suture/plâtre/prothèse</p> <p>-55 Traitement local/infiltration</p> <p>-56 Pansement/compression/bandaque</p> <p>-57 Thérapie manuelle/médecine physique</p> <p>-58 Conseil thérap./écoute/examens</p> <p>-59 Autres procédures thérapeutiques</p> <p>-60 Résultats analyses/examens</p> <p>-61 Résultats ex./proed/ autre dispensateur</p> <p>-62 Contact administratif</p> <p>-63 Rencontre de suivi</p> <p>-64 Epis. nouveau/en cours init. par disp.</p> <p>-65 Epis. nouveau/en cours init. par tiers</p> <p>-66 Référence à dispens. SSP non médecin</p> <p>-67 Référence à médecin</p> <p>-68 Autre référence</p> <p>-69 Autres procédures</p> <p><b>Général et non spécifié A</b></p> <p>A01 Douleur générale/de sites multiples</p> <p>A02 Frissons</p> <p>A03 Fièvre</p> <p>A04 Fatigue/faiblesse générale</p> <p>A05 Sensation d'être malade</p> <p>A06 Evanouissement/syncope</p> <p>A07 Coma</p> <p>A08 Gondelement</p> <p>A09 P. de transpiration</p> <p>A10 Saignement/hémorragie NCA</p> <p>A11 Douleur thoracique NCA</p> <p>A13 Préoc. par/peur traitement médical</p> <p>A16 Nourisson irritabile</p> <p>A18 Préoc. par son aspect extérieur</p> <p>A20 Demande/discussion sur l'euthanasie</p> <p>A21 Facteur de risque de cancer</p> <p>A23 Facteur de risque NCA</p> <p>A25 Peur de la mort, de mourir</p> <p>A26 Peur du cancer NCA</p> <p>A27 Peur d'une autre maladie NCA</p> <p>A28 Limitation de la fonction/incap. NCA</p> <p>A29 Autre S/P général</p> <p>A70 Tuberculose</p> <p>A71 Rougeole</p> <p>A72 Varicelle</p> <p>A73 Paludisme</p> <p>A74 Rubéole</p> <p>A75 Mononucléose infectieuse</p> <p>A76 Autre exanthème viral</p> <p>A77 autre maladie virale NCA</p> <p>A78 Autre maladie infectieuse NCA</p> <p>A79 Cancer NCA</p> <p>A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA</p> <p>A81 Polytraumatisme/lésions multiples</p> <p>A82 Effet tardif d'un traumatisme</p> <p>A84 Intoxication par subst. médicamenteuse</p> <p>A85 Effet sec. subst. médicamenteuse</p> <p>A86 Effet toxique subst. non médicamenteuse</p> <p>A87 Complication de traitement médical</p> <p>A88 Effet sec. de facteur physique</p> <p>A89 Effet sec. de matériel prothétique</p> <p>A90 Anom. congénitale NCA/multiple</p> <p>A91 Résultat d'investigat. anormale NCA</p> <p>A92 Allergie/réaction allergique NCA</p> <p>A93 Nouveau-né prématuré</p> <p>A94 Autre morbidité périnatale</p> <p>A95 Mortalité périnatale</p> <p>A96 Mort</p> <p>A97 Pas de maladie</p> <p>A98 Gestion santé/médecine préventive</p> <p>A99 Maladie de nature/autre non précisé</p>	<p>B02 Ganglion lymph. augmenté/ douloureux</p> <p>B04 S/P du sang</p> <p>B25 Peur du SIDA/du VIH</p> <p>B26 Peur du cancer du sang/lymph.</p> <p>B27 Peur autre maladie sang/lymph/rate</p> <p>B28 Limitation de la fonction/incap. (B)</p> <p>B29 Autre S/P du syst. lymph./immunol.</p> <p>B70 Adénite aigue</p> <p>B71 Adénite chronique/non-spécifique</p> <p>B72 Maladie de Hodgkin/lymphome</p> <p>B73 Leucémie</p> <p>B74 Autre cancer du sang</p> <p>B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph.</p> <p>B76 Rupture traumat. de la rate</p> <p>B77 Autre traumat. sang/lymph/rate</p> <p>B78 Anémie hémolytique héréditaire</p> <p>B79 Autre anom. congénitale sang/lymph/rate</p> <p>B80 Anémie par déficience en fer</p> <p>B81 Anémie carence vit B12/ac. folique</p> <p>B82 Autre anémie/indét.</p> <p>B83 Purpura/défaut de coagulation</p> <p>B84 Globules blancs anormaux</p> <p>B87 Splénomégalie</p> <p>B90 Infection par le virus HIV, SIDA</p> <p>B99 Autre maladie sang/lymph/rate</p> <p><b>Syst. Digestif D</b></p> <p>D01 Douleur/crampes abdominales gén.</p> <p>D02 Douleur abdominale/épigastrique</p> <p>D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac</p> <p>D04 Douleur rectale/anale</p> <p>D05 Démanqueaisons périanales</p> <p>D06 Autre douleur abdominale loc.</p> <p>D07 Dyspepsie/indigestion</p> <p>D08 Flatulence/gaz/renvoi</p> <p>D09 Nausée</p> <p>D10 Vomissement</p> <p>D11 Diarrhée</p> <p>D12 Constipation</p> <p>D13 Jaunisse</p> <p>D14 Hématémèse/vomissement de sang</p> <p>D15 Méléna</p> <p>D16 Saignement rectal</p> <p>D17 Incontinence rectale</p> <p>D18 Modification selles/mouvem. intestin</p> <p>D19 S/P dents/genoives</p> <p>D20 S/P bouche/langue/lèvres</p> <p>D21 P. de déglutition</p> <p>D23 Hépatomégalie</p> <p>D24 Masse abdominale NCA</p> <p>D25 Distension abdominale</p> <p>D26 Peur du cancer du syst. digestif</p> <p>D27 Peur d'une autre maladie digestive</p> <p>D28 Limitation de la fonction/incap. (D)</p> <p>D29 Autre S/P du syst. digestif</p> <p>D70 Infection gastro-intestinale</p> <p>D71 Oreillons</p> <p>D72 Hépatite virale</p> <p>D73 Gastro-entérite présumée infectieuse</p> <p>D74 Cancer de l'estomac</p> <p>D75 Cancer du colon/du rectum</p> <p>D76 Cancer du pancréas</p> <p>D77 Autre cancer digestif/NCA</p> <p>D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig.</p> <p>D79 CE du syst. digestif</p> <p>D80 Autre traumat. du syst. digestif</p> <p>D81 Anom. congénitale du syst. digestif</p> <p>D82 Maladie des dents/des gencives</p> <p>D83 Maladie bouche/langue/lèvres</p> <p>D84 Maladie de l'oesophage</p> <p>D85 Ulcère duodénal</p> <p>D86 Autre ulcère peptique</p> <p>D87 Trouble de la fonction gastrique</p> <p>D88 Appendicite</p> <p>D89 Hernie inguinale</p> <p>D90 Hernie hiatale</p> <p>D91 Autre hernie abdominale</p> <p>D92 Maladie diverticulaire</p> <p>D93 Syndrome du colon irritable</p> <p>D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse</p> <p>D95 Fissure anale/abcs périanal</p> <p>D96 Vers/autre parasite</p> <p>D97 Maladie du foie NCA</p> <p>D98 Cholécystite/cholélithiase</p> <p>D99 Autre maladie du syst. Digestif</p> <p><b>CODES PROCÉDURE</b></p> <p><b>SYMPTÔMES ET PLAINTES</b></p> <p><b>INFECTIONS</b></p> <p><b>NÉOPLASMES</b></p> <p><b>TRAUMATISMES</b></p> <p><b>ANOMALIES CONGÉNITALES</b></p> <p><b>AUTRES DIAGNOSTICS</b></p>	<p>F01 Oeil douloureux</p> <p>F02 Oeil rouge</p> <p>F03 Ecoulement de l'œil</p> <p>F04 Taches visuelles/floatants</p> <p>F05 Autre perturbation de la vision</p> <p>F13 Sensation oculaire anormale</p> <p>F14 Mouvements oculaires anormaux</p> <p>F15 Apparence anormale de l'œil</p> <p>F16 S/P de la paupière</p> <p>F17 S/P lunettes</p> <p>F18 S/P lentilles de contact</p> <p>F27 Peur d'une maladie de l'œil</p> <p>F28 Limitation de la fonction/incap. (F)</p> <p>F29 Autre S/P de l'œil</p> <p>F70 Conjonctivite infectieuse</p> <p>F71 Conjonctivite allergique</p> <p>F72 Biphérite, orgelet, chalazion</p> <p>F73 Autre infection/inflammation de l'œil</p> <p>F74 Tumeur de l'œil et des annexes</p> <p>F75 Contusion/hémorragie de l'œil</p> <p>F76 CE dans l'œil</p> <p>F79 Autre lésion traumat. de l'œil</p> <p>F80 Sténose canal lacrymal de l'enfant</p> <p>F81 Autre anom. congénitale de l'œil</p> <p>F82 Décollement de la retina</p> <p>F83 Rétinopathie</p> <p>F84 Dégénérescence maculaire</p> <p>F85 Ulcère de la cornée</p> <p>F86 Trachome</p> <p>F91 Défaut de réfraction</p> <p>F92 Cataracte</p> <p>F93 Glaucome</p> <p>F94 Cécité</p> <p>F95 Strabisme</p> <p>F99 Autre maladie de l'œil/annexes</p> <p><b>Oreille H</b></p> <p>H01 Douleur d'oreille/otalgie</p> <p>H02 P. d'audition</p> <p>H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille</p> <p>H04 Ecoulement de l'oreille</p> <p>H05 Saignement de l'oreille</p> <p>H13 Insertion d'oreille bouchée</p> <p>H19 Préoc. par l'aspect des oreilles</p> <p>H27 Peur d'une maladie de l'oreille</p> <p>H28 Limitation de la fonction/incap. (H)</p> <p>H29 Autre S/P de l'oreille</p> <p>H30 Otite externe</p> <p>H71 Otite moyenne aiguë/myringite</p> <p>H72 Otite moyenne séreuse</p> <p>H73 Salpingite d'eustache</p> <p>H74 Otite moyenne chronique</p> <p>H75 Tumeur de l'oreille</p> <p>H76 CE dans l'oreille</p> <p>H77 Perforation du tympan</p> <p>H78 Lésion traumat. supérior. de l'oreille</p> <p>H79 Autre lésion traumat. de l'oreille</p> <p>H80 Anom. congénitale de l'oreille</p> <p>H81 Exoïs de cérumen</p> <p>H82 Syndrome vertigineux</p> <p>H83 Otosclérose</p> <p>H84 Presbycusie</p> <p>H85 Traumatisme sonore</p> <p>H86 Surdité</p> <p>H99 Autre maladie de l'oreille/mastoïde</p> <p><b>Cardio-vasculaire K</b></p> <p>K01 Douleur cardiaque</p> <p>K02 Oppression/constriktion cardiaque</p> <p>K03 Douleur cardiovasculaire NCA</p> <p>K04 Palpitat./perception battements card.</p> <p>K05 Autre battement cardiaque irrégulier</p> <p>K06 Veines proéminentes</p> <p>K07 Oedème, gonflement des chevilles</p> <p>K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire</p> <p>K24 Peur d'une maladie de cœur</p> <p>K25 Peur d' de l'hypertension</p> <p>K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire</p> <p>K28 Limitation de la fonction/incap. (K)</p> <p>K29 Autre S/P cardiovasculaire</p> <p>K70 Infection du syst. cardio-vasculaire</p> <p>K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale</p> <p>K72 Tumeur cardio-vasculaire</p> <p>K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire</p> <p>K74 Cardiopathie ischémique avec angor</p> <p>K75 Infarctus myocardique aigu</p> <p>K76 Cardiopathie ischémique sans angor</p> <p>K77 Décompensation cardiaque</p> <p>K78 Fibrillation auriculaire/futter</p> <p>K79 Tachycardie paroxystique</p> <p>K80 Arythmie cardiaque NCA</p> <p>K81 Souffle cardiaque/artériel NCA</p> <p>K82 Cœur pulmonaire</p> <p>K83 Valvulopathie NCA</p> <p>K84 Autre maladie cardiaque</p> <p>K85 Pression sanguine élevée</p> <p>K86 Hypertension non compliquée</p> <p>K87 Hypertension avec complication</p> <p>K88 Hypotension orthostatique</p> <p>K89 Ischémie cérébrale transitoire</p> <p>K90 Accident vasculaire cérébral</p> <p>K91 Maladie cerebrovasculaire</p> <p>K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér.</p> <p>K93 Embolie pulmonaire</p> <p>K94 Phlébite et thrombophlébite</p> <p>K95 Varices des jambes</p> <p>K96 Hémorroïdes</p> <p>K99 Autre maladie cardio-vasculaire</p>	<p>L01 S/P du cou</p> <p>L02 S/P du dos</p> <p>L03 S/P des lombes</p> <p>L04 S/P du thorax</p> <p>L05 S/P du flanc et du creux axillaire</p> <p>L07 S/P de la mâchoire</p> <p>L08 S/P de l'épaule</p> <p>L09 S/P du bras</p> <p>L10 S/P du coude</p> <p>L11 S/P du poignet</p> <p>L12 S/P de la main et du doigt</p> <p>L13 S/P de la hanche</p> <p>L14 S/P de la jambe et de la cuisse</p> <p>L15 S/P du genou</p> <p>L16 S/P de la cheville</p> <p>L17 S/P du pied et de l'orteil</p> <p>L18 Douleur musculaire</p> <p>L19 S/P musculaire NCA</p> <p>L20 S/P d'une articulation NCA</p> <p>L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire</p> <p>L27 Peur autre maladie syst. ostéo-artic.</p> <p>L28 Limitation de la fonction/incap. (L)</p> <p>L29 Autre S/P ostéo-articulaire</p> <p>L70 Infection du syst. ostéo-articulaire</p> <p>L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire</p> <p>L72 Fracture du radius/du cubitus</p> <p>L73 Fracture du tibia/du péroné</p> <p>L74 Fracture de la main/du pied</p> <p>L75 Fracture du fémur</p> <p>L76 Autre fracture</p> <p>L77 Entorse de la cheville</p> <p>L78 Entorse du genou</p> <p>L79 Entorse articulaire NCA</p> <p>L80 Luxation et subluxation</p> <p>L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire</p> <p>L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire</p> <p>L83 Syndrome cervical</p> <p>L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation</p> <p>L85 Déformation acquise de la colonne</p> <p>L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation</p> <p>L87 Bursite, tendinite, synovite NCA</p> <p>L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive</p> <p>L89 Coxarthrose</p> <p>L90 Gonarthrose</p> <p>L91 Autre arthrose</p> <p>L92 Syndrome de l'épaule</p> <p>L93 Coude du joueur de tennis</p> <p>L94 Ostéochondrose</p> <p>L95 Ostéoporose</p> <p>L96 Lésion aiguë interne du genou</p> <p>L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic.</p> <p>L98 Déformation acquise membres inf.</p> <p>L99 Autre maladie ostéo-articulaire</p> <p><b>Neurologique N</b></p> <p>N01 Mal de tête</p> <p>N03 Douleur de la face</p> <p>N04 lumbago sans repos</p> <p>N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils</p> <p>N06 Autre perturbation de la sensibilité</p> <p>N07 Convulsion/crise comitiale</p> <p>N08 Mouvements involontaires anormaux</p> <p>N16 Perturbation du goût/dé l'odorat</p> <p>N17 Vertige/étourdissement</p> <p>N18 Paralyse/faiblesse</p> <p>N19 Trouble de la parole</p> <p>N26 Peur d'un cancer neurologique</p> <p>N27 Peur d'une autre maladie neurologique</p> <p>N28 Limitation de la fonction/incap. (N)</p> <p>N29 Autre S/P neurologique</p> <p>N70 Poliomyélite</p> <p>N71 Méningite/encéphalite NCA</p> <p>N72 Tétanos</p> <p>N73 Autre infection neurologique</p> <p>N74 Cancer du syst. neurologique</p> <p>N75 Tumeur bénigne neurologique</p> <p>N76 Autre tumeur indét. neurologique</p> <p>N79 Commotion</p> <p>N80 Autre lésion traumat. de la tête</p> <p>N81 Autre lésion traumat. neurologique</p> <p>N85 Anom. congénitale neurologique</p> <p>N86 Sclérose en plaque</p> <p>N87 Syndrome parkinsonien</p> <p>N88 Epilepsie</p> <p>N89 Migraine</p> <p>N90 Algie vasculaire de la face</p> <p>N91 Paralyse faciale/paralyse de Bell</p> <p>N92 Névralgie du trijumeau</p> <p>N93 Syndrome du canal carpien</p> <p>N94 Névrite/neuropathie périphérique</p> <p>N95 Céphalée de tension</p> <p>N99 Autre maladie neurologique</p>



<b>Psychologique</b> <b>P</b>	<b>Peau</b> <b>S</b>	<b>Grossesse, accouchement et PF</b> <b>W</b>	<b>Syst. génital masculin et sein</b> <b>Y</b>
P01 Sensation anxiété/nervosité/tension P02 Réaction de stress aiguë P03 Sensation de dépression P04 Sentiment/comport. irritable/colère P05 Sensation vaine, comportement sèrieux P06 Perturbation du sommeil P07 Diminution du désir sexuel P08 Diminution accomplissement sexuel P09 Préoccupation sur identité sexuelle P10 Bégaïement, bredouillement, tic P11 Trouble de l'alimentation de l'enfant P12 Enurésie P13 Encoprésie P15 Alcoolisme chronique P16 Alcoolisation aiguë P17 Usage abusif du tabac P18 Usage abusif de médicament P19 Usage abusif de drogue P20 Perturbation de la mémoire P22 S/P du comportement de l'enfant P23 S/P du comportement de l'adolescent P24 P. spécifique de l'apprentissage P25 Problèmes de phase de vie adulte P27 Peur d'un trouble mental P28 Limitation de la fonction/incap. (P) P29 Autre S/P psychologique P70 Démence P71 Autre psychose organique P72 Schizophrénie P73 Psychose affective P74 Trouble anxieux/état anxieux P75 Trouble somatoforme P76 Dépression P77 Suicidé/tentative de suicide P78 Neurasthénie, surmenage P79 Phobie, trouble obsessionnel compulsif P80 Trouble de la personnalité P81 Trouble hyperkinétique P82 Syndrome de stress post-traumatique P85 Retard mental P86 Anorexie mentale, boulimie P88 Autre psychose NCA P99 Autre trouble psychologique	S01 Douleur/hypersensibilité de la peau S02 Prurit S03 Verrue S04 Tuméfaction/gonflement loc. peau S05 Tuméfactions/gonflements gén. peau S06 Eruption localisée S07 Eruption généralisée S08 Modification de la couleur de la peau S09 Doigt/orteil infecté S10 Furoncle/anthrax S11 Infection post-traumat. de la peau S12 Piqûre d'insecte S13 Morsure animale/humaine S14 Brûlure cutanée S15 CE dans la peau S16 Eochymose/contusion S17 Éraflure, égratignure, ampoule S18 Coupure/lésion traumat. de la peau S19 Autre lésion traumat. de la peau S20 Cor/callosité S21 S/P au sujet de la texture de la peau S22 S/P de l'ongle S23 Calvitie/perte de cheveux S24 Autre S/P cheveux, poils/cuir chevelu S26 Peur du cancer de la peau S27 Peur d'une autre maladie de la peau S28 Limitation de la fonction/incap. (S) S29 Autre S/P de la peau S70 Zona S71 Herpes simplex S72 Gale/autre acarirose S73 Pédiculose/autre infestation peau S74 Dermatophytose S75 Moniliasis/candidose de la peau S76 Autre maladie infectieuse de la peau S77 Cancer de la peau S78 Lipome S79 Autre tumeur bén./indét. de la peau S80 Kératose actinique/coup de soleil S81 Hémangiome/lymphangiome S82 Naevus/naevus pigmentaire S83 Autre anom. congénitale de la peau S84 Impétigo S85 Kyste/fistule pilonidal S86 Dermite séborrhéique S87 Dermite atopique/eczéma S88 Dermite et allergie de contact S89 Erythème fessier S90 Pyriasis rosé S91 Psoriasis S92 Maladie des glandes sudoripares S93 Kyste sébacé S94 Ongle incarné S95 Molluscum contagiosum S96 Acné S97 Ulcère chronique de la peau S98 Urticaire S99 Autre maladie de la peau	U72 Urétrite U75 Cancer du rein U76 Cancer de la vessie U77 Autre cancer urinaire U78 Tumeur bénigne du tractus urinaire U79 Autre tumeur indét. urinaire U80 Lésion traumat. du tractus urinaire U85 Anom. congénitale du tractus urinaire U88 Glomérulonéph. /syndr. néphrotique U90 Protéinurie orthostatique U95 Lithiase urinaire U98 Analyse urinaire anormale NCA U99 Autre maladie urinaire	Y01 Douleur du pénis Y02 Douleur des testicules, du scrotum Y03 Écoulement urétral chez l'homme Y04 Autre S/P du pénis Y05 Autre S/P des testicules/du scrotum Y06 S/P de la prostate Y07 Impuissance sexuelle NCA Y08 Autre S/P fonction sexuelle homme Y10 Stérilité, hypofertilité de l'homme Y13 Stérilisation de l'homme Y14 Autre PF chez l'homme Y16 S/P du sein chez l'homme Y24 Peur dysfonction sexuelle homme Y25 Peur d'une MST chez l'homme Y26 Peur d'un cancer génital homme Y27 Peur autre maladie génitale homme Y28 Limitation de la fonction/incap. (Y) Y29 Autre S/P génitale chez l'homme Y70 Syphilis chez l'homme Y71 Gonococque chez l'homme Y72 Herpes génital chez l'homme Y73 Prostatite/vésiculite séminale Y74 Orchite/épididymite Y75 Balanite Y76 Condylome acuminé chez l'homme Y77 Cancer de la prostate Y78 Autre cancer génital chez l'homme Y79 Autre tum. génit. bén./indét. homme Y80 Lésion traumat. génitale homme Y81 Phimosis/hyertrophie du prépuce Y82 Hypospadias Y83 Ectopie testiculaire Y84 Autre anom. congénitale homme Y85 Hypertrophie bénigne de la prostate Y86 Hydrocèle Y99 Autre maladie génitale chez l'homme
<b>Respiratoire</b> <b>R</b>	<b>Métabol., nutrit., endocrinien</b> <b>T</b>	<b>Syst.génital féminin et sein X</b>	<b>Social</b> <b>Z</b>
R01 Douleur du syst. respiratoire R02 Souffle court, dyspnée R03 Sibilance R04 Autre F. respiratoire R05 Toux R06 Saignement de nez, épistaxis R07 Congestion nasale, éternuement R08 Autre S/P du nez R09 S/P des sinus R21 S/P de la gorge R23 S/P de la voix R24 Hémoptysie R25 Expectoration/claire anormale R26 Peur d'un cancer du syst. respiratoire R27 Peur d'une autre maladie respiratoire R28 Limitation de la fonction/incap. (R) R29 Autre S/P respiratoire R71 Congeluche R72 Strepococcie pharyngée R73 Furoncle/abcès du nez R74 Infection aiguë voies respiratoire sup. R75 Sinusite aiguë/chronique R76 Angine aiguë R77 Laryngite, trachéite aiguë R78 Bronchite aiguë, bronchiolite R79 Bronchite chronique R80 Grippe R81 Pneumonie R82 Pleurésie, épanchement pleural R83 Autre infection respiratoire R84 Cancer des bronches, du poumon R85 Autre cancer respiratoire R86 Tumeur respiratoire bénigne R87 CE du nez, du larynx, des bronches R88 Autre lésion traumat. du syst. resp. R89 Anom. congénitale du syst. resp. R90 Hypertrophie amygdalaires/végétations R92 Autre tumeur indét. du syst. resp. R95 Mal. pulmonaire chronique obstructive R96 Asthme R97 Rhinite allergique R98 Syndrome d'hyperventilation R99 Autre maladie respiratoire	T01 Soif excessive T02 Appétit excessif T03 Perte d'appétit T04 P. d'alimentation nourrisson/enfant T05 P. d'alimentation de l'adulte T07 Gain de poids T08 Perte de poids T10 Retard de croissance T11 Déshydratation T06 Peur d'un cancer du syst. endocrinien T27 Peur autre mal. endoc./métab./nutrit. T28 Limitation de la fonction/incap. (T) T29 Autre S/P endoc./métab./nutrit. T70 Infection du syst. endocrinien T71 Cancer de la thyroïde T72 Tumeur bénigne de la thyroïde T73 Tumeur indét. du syst. endocrinien T78 Canal/kyste thyroïdienne T80 Anom. congénit. endoc./métab./nutrit. T81 Goitre T82 Obésité T83 Exoès pondéral T85 Hyperthyroïdie/thyréotoxique T86 Hypothyroïdie/myxoedème T87 Hypocalcémie T89 Diabète insulino-dépendant T90 Diabète non insulino-dépendant T91 Carence vitaminique/nutritionnelle T92 Goutte T93 Trouble du métabolisme des lipides T99 Autre maladie endoc./métab./nutrit.	X01 Douleur génitale chez la femme X02 Douleur menstruelle X03 Douleur intermenstruelle X04 Rapport sexuel douloureux femme X05 Menstruation absente/rare X06 Menstruation excessive X07 Menstruation irrégulière/fréquente X08 Saignement intermenstruel X09 S/P prémenstruel X10 Ajournement des menstruations X11 S/P liés à la ménopause X12 Saignement de la post-ménopause X13 Saignement post-ovulatoire X14 Écoulement vaginal X15 S/P du vagin X16 S/P de la vulve X17 S/P du petit bassin chez la femme X18 Douleur du sein chez la femme X19 Tuméfaction/masse du sein femme X20 S/P du mamelon chez la femme X21 Autre S/P du sein chez la femme X22 Préoc. par l'apparence des seins X23 Peur d'une MST chez la femme X24 Peur dysfonction sexuelle femme X25 Peur d'un cancer génital femme X26 Peur d'un cancer du sein femme X27 Peur autre mal. génitale/sein femme X28 Limitation de la fonction/incap. (X) X29 Autre S/P génital chez la femme X70 Syphilis chez la femme X71 Gonococque chez la femme X72 Candidose génitale chez la femme X73 Trichomonase génitale femme X74 Mal. inflammatoire pelvienne femme X75 Cancer du col de l'utérus X76 Cancer du sein chez la femme X77 Autre cancer génital chez la femme X78 Fibrome utérin X79 Tumeur bénigne du sein femme X80 Tumeur bénigne génitale femme X81 Autre tumeur génitale indét. femme X82 Lésion traumat. génitale femme X83 Anom. génitale congénitale femme X84 Vaginite NCA X85 Maladie du col de l'utérus NCA X86 Frottis de col anormal X87 Prolapsus utéro-vaginal X88 Maladie fibrokystique du sein X89 Syndrome de tension prémenstruelle X90 Herpes génital chez la femme X91 Condylome acuminé chez la femme X92 Infection génitale chlamydia femme X99 Autre maladie génitale de la femme	Z01 Pauvreté/P. économique Z02 P. d'eau/de nourriture Z03 P. d'habitat/de voisinage Z04 P. socioculturel Z05 P. de travail Z06 P. de non emploi Z07 P. d'éducation Z08 P. de protection sociale Z09 P. légal Z10 P. relatif au syst. de soins de santé Z11 P. du fait d'être malade/complaisance Z12 P. de relation entre partenaires Z13 P. de comportement du partenaire Z14 P. du à la maladie du partenaire Z15 Perte/déçs du partenaire Z16 P. de relation avec un enfant Z18 P. du à la maladie d'un enfant Z19 Perte/déçs d'un enfant Z20 P. relation autre parent/famille Z21 P. comportement. autre parent/famille Z22 P. du à la mal. autre parent/famille Z23 Perte/déçs autre parent/famille Z24 P. de relation avec un ami Z25 Aggression/événement nocif NCA Z27 Peur d'un P. social Z28 Limitation de la fonction/incap. (Z) Z29 P. social NCA
<b>CODES PROCÉDURE</b>	<b>Système Urinaire</b> <b>U</b>	<b>Abréviations</b>	
<b>SYMPTÔMES ET PLAINTES</b>	U01 Dysurie/miction douloureuse U02 Miction fréquente/impérieuse U04 Incontinence urinaire U05 Autre P. de miction U06 Hématurie U07 Autre S/P au sujet de l'urine U08 Rétention d'urine U13 Autre S/P de la vessie U14 S/P du rein U26 Peur d'un cancer du syst. urinaire U27 Peur d'une autre maladie urinaire U28 Limitation de la fonction/incap. (U) U29 Autre S/P urinaire U70 Pyélonéphrite/pyélite U71 Cystite/autre infection urinaire	/ ou Acc. Accouchement Anom. Anomalie Bén. Bénin (igne) CE Corps étranger Gén Généralisé(e) Incap Incapacité Indét Indéterminé(e) Loc. Localisé(e) Mal. Maladie MST Maladie sexuellement transmissible NCA Non classé ailleurs P. Problème Préoc Préoccupé(e) RAA Rhumatisme articulaire aigu S/P Symptôme ou plainte Sec. Secondaire Subs Substance Syndr Syndrome Tum. Tumeur	<b>Traducteurs:</b> <b>Michel Roland et</b> <b>Marc Jamouille</b>

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Illustration de l'éducation thérapeutique [6] .....	19
Figure 2 : Représentation de l'éducation à la santé, de l'éducation du patient à la maladie et de l'éducation thérapeutique du patient.....	21
Figure 3 : Le cercle des stades de Prochaska et Di Clémente.....	26
Figure 4 : la démarche éducative de l'éducation thérapeutique .....	33
Figure 5 : Carte des 27 facultés participantes au projet ECOGEN.....	35
Figure 6 : Progression de l'inclusion des données dans l'étude ECOGEN .....	35
Figure 7 : Les 10 RC les plus fréquents .....	41
Figure 8 : Les 10 procédures de soins les plus fréquentes .....	42
Figure 9 : les 25 résultats de consultation les plus fréquents avec les procédures *45 ou *58 (pourcentage).....	44
Figure 10 : Les 25 résultats de consultation les plus fréquents avec la procédure *45 .....	46
Figure 11 : Les 25 résultats de consultation les plus fréquents avec la procédure *45 .....	47
Figure 12 : Les 25 résultats de consultation les plus fréquents avec la procédure *58 .....	48
Figure 13 : Les 25 résultats de consultation les plus fréquents avec la procédure *58 .....	49
Figure 14 : Les 18 résultats de consultation les plus fréquents concernant les pathologies chroniques avec les procédures *45 ou *58.....	50
Figure 15 : Résultats de consultation les plus fréquents concernant les pathologies chroniques avec la procédure *45 (pourcentage) .....	51
Figure 16 : Résultats de consultation les plus fréquents concernant les pathologies chroniques avec la procédure *58 (pourcentage) .....	52
Figure 17 : Effectif par appareil pour les procédures *45 ou *58.....	53
Figure 18 : Représentation des procédures *45 ou *58 par appareil en pourcentage .....	54
Figure 19 : 10 RC les plus fréquents pour l'appareil psychologique (effectif) .....	55
Figure 20 : Les 10 RC les plus fréquents pour l'appareil général et non spécifique (effectif).....	56
Figure 21 : Les 10 RC les plus fréquents pour l'appareil ostéo-articulaire (effectif).....	57
Figure 22 : Effectif par tranches d'âges de la population ayant eu la procédure *45 ou *58 .....	58
Figure 23 : Les 10 RC les plus fréquents dans la tranche d'âges 0-24 ans.....	59
Figure 24 : Les 10 RC les plus fréquents dans la tranche d'âges 25-39 ans.....	60
Figure 25 : Les 10 RC les plus fréquents dans la tranche d'âges 40-54 ans.....	61
Figure 26 : Les 10 RC les plus fréquents dans la tranche d'âges 55-64 ans.....	62
Figure 27 : Les 10 RC les plus fréquents dans la tranche d'âges >= 65 ans.....	63
Figure 28 : Pourcentage en fonction du sexe .....	64
Figure 29 : Effectif des procédures *45 ou *58 par tranche d'âges et par sexe .....	64
Figure 30 : Répartition des hommes par tranches d'âges .....	65
Figure 31 : Répartition des femmes en fonction des tranches d'âges.....	65
Figure 32 : Effectif en fonction de la catégorie socioprofessionnelle (n = 9984).....	66
Figure 33 : Pourcentage en fonction de la catégorie socioprofessionnelle .....	66
Figure 34 : Effectif en fonction de la CSP et du sexe .....	67
Figure 35 : Statuts dans les procédures *45 ou *58.....	68
Figure 36 : Comparaison de la durée de consultation avec et sans les procédures *45 ou *58 par tranches de temps et en pourcentage .....	69
Figure 37 : Effectif des médecins par tranches d'âges ayant réalisé des procédures *45 ou *58...	70
Figure 38 : Répartition des médecins ayant réalisé des procédures *45 ou *58 en pourcentage ...	70
Figure 39 : Répartition par sexe des médecins ayant utilisé les procédures *45 ou *58 .....	71

Figure 40 : Répartition des médecins ayant pratiqué les procédures *45 ou *58 en fonction du lieu d'exercice (en pourcentage) .....	72
Figure 41 : Répartition en fonction du lieu d'exercice et du type de consultation, cabinet ou visite, pour les médecins ayant réalisé les procédures *45 ou *58 (effectif).....	73
Figure 42 : Pourcentage de consultation ou visite et lieu d'exercice, où les procédures ont eu lieu .....	73
Figure 43 : Répartition des médecins ayant pratiqué les procédures *45 ou *58 .....	74
Figure 44 : Répartition en fonction du mode d'exercice et si la consultation a lieu au cabinet ou en visite pour les médecins ayant réalisé les procédures *45 ou *58 (effectif) .....	74
Figure 45 : Pourcentage compris dans le mode d'exercice de consultation au cabinet ou visite où les procédures *45 ou *58 ont eu lieu.....	75
Figure 46 : Possibilité de transférabilité des procédures *45 ou *58 (en pourcentage) .....	76
Figure 47 : Orientation de la transférabilité si celle-ci est possible.....	76
Figure 48 : Conditions d'orientation pour les procédures transférables avec conditions .....	77
Figure 49 : Le carré de White .....	78
Figure 50 : Représentation théorique de la population par sexe ayant eu les procédures étudiées, redressée par rapport à la population par sexe d'ECOGEN.....	92
Figure 51 : Répartition selon l'INSEE des CSP en 2010 (population totale des 15 ans ou plus) ....	93
Figure 52 : Répartition en pourcentage des CSP ayant bénéficié des procédures *45 ou *58 .....	94
Figure 53 : Comparaison de la répartition des CSP INSEE et des CSP ETP .....	95
Figure 54 : Répartition des résultats « ETP » par CSP redressés par les effectifs de la structure française.....	95
Figure 55 : Répartition par sexe dans chaque CSP selon INSEE .....	97
Figure 56 : Répartition de l'ETP par sexe dans chaque CSP .....	98
Figure 57 : Répartition par sexe de l'ETP par CSP redressée par les effectifs français.....	99
Figure 59 : Répartition des 128 MSU ECOGEN en fonction de l'âge (pourcentage).....	101
Figure 60 : Répartition des tranches d'âges des MSU pratiquant l'ETP redressées par leurs proportions respectives dans ECOGEN .....	102
Figure 61 : Nombre annuel de consultations des MSU en fonction des tranches d'âges.....	103
Figure 62 : Répartition des 128 MSU ECOGEN en fonction du sexe .....	104
Figure 63 : Répartition théorique par sexe des MSU pratiquant l'ETP redressé par leur effectif dans ECOGEN.....	104
Figure 64 : Répartition des MSU ECOGEN en fonction de leur lieu d'exercice .....	106
Figure 65 : Répartition théorique par lieu d'exercice des MSU ayant pratiqué l'ETP redressé en fonction de ceux des MSU ECOGEN .....	106

## **TABLES DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Stades d'acceptation de la maladie .....	27
Tableau 2 : Répartition et taux de personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2012 pour le régime général, par ordre décroissant d'après l'Assurance Maladie .....	30

## 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.