



**PRATIQUE DE L'EDUCATION
THERAPEUTIQUE PAR LES
MEDECINS GENERALISTES
EN MIDI-PYRENEES**

Jun 2010

SOMMAIRE

1. PREAMBULE	3
2. INTRODUCTION	4
3. MÉTHODOLOGIE	5
4. PARTICIPATION DES MÉDECINS À L'ENQUÊTE ET REPRÉSENTATIVITÉ	6
5. CARACTÉRISTIQUES ET ACTIVITÉ DES MÉDECINS RÉPONDANTS	7
6. CONNAISSANCES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUR L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE	14
7. PRATIQUE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE	17
8. FREINS À LA PARTICIPATION À DES ACTIONS D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE	25
9. ATTENTES VIS-À-VIS DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE	27
10. FACTEURS POUVANT AMÉLIORER DES ACTIONS D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE	29
SYNTHÈSE ET DISCUSSION	33

1. PREAMBULE

EDUCATION THERAPEUTIQUE, UN NOUVEAU DEFI POUR LA MEDECINE GENERALE

15 millions de patients souffrent aujourd'hui de maladies chroniques. Les médecins généralistes, au cœur du dispositif de l'organisation des soins de premier recours, assurent le suivi, la synthèse, la coordination et également la prévention et l'éducation des patients.

Parmi les nouveaux moyens pour une meilleure prise en charge des maladies, s'impose depuis quelques années l'éducation thérapeutique. Un consensus est établi pour reconnaître que l'éducation thérapeutique (ETP) est bien au centre d'une prise en charge moderne et efficace de la maladie chronique.

Les études démontrent de plus en plus que l'ETP améliore l'efficacité des soins, et permet de réduire la fréquence et la gravité des complications.

Si l'ETP s'est développée ces dernières années dans les établissements hospitaliers, sa pratique en milieu ambulatoire a tardé.

Pourtant, une activité d'éducation thérapeutique se pratique de façon plus ou moins formalisée, intégrée à l'exercice des médecins généralistes.

Le collège des médecins généralistes de l'URML Midi Pyrénées a souhaité évaluer la pratique actuelle de l'ETP dans les cabinets de médecine générale de la région, mais surtout identifier les obstacles empêchant son développement, et les mesures pouvant faciliter sa pratique par les médecins généralistes.

Un groupe de travail de généralistes et d'un sociologue (Drs B. BROS, G. FONTAN, P. FOSTIER, F. LAFON et Mr F. ALIAS) a élaboré un questionnaire établissant le bilan sur les connaissances et pratiques d'Education thérapeutique, et explorant les principales difficultés à la mise en œuvre de l'ETP, ainsi que les attentes des médecins, et les facteurs d'intégration dans leur pratique.

La réalisation de l'enquête et l'analyse des résultats ont été confiées à l'ORSMIP (Observatoire Régional de la Santé de Midi Pyrénées). L'analyse des réponses que vous allez découvrir dans les pages suivantes permet d'affirmer que l'éducation thérapeutique est déjà bien au cœur de l'exercice des médecins généralistes, pour 80% d'entre eux.

Cette pratique l'est bien sûr à des degrés divers dans la démarche de l'ET, telle qu'elle est définie par la HAS. Si une grande majorité pratique les trois premières étapes, la planification d'un programme éducatif, et la mise en œuvre des séances d'éducation thérapeutique sont plus rares.

Pour les moyens pédagogiques, trois supports au moins sont utilisés par la moitié des médecins, et lors du déroulement de l'ET, 61% le pratiquent seul et 48.5% avec d'autres professionnels de santé.

Quels sont donc les freins à la participation des médecins généralistes à des actions d'éducation thérapeutique ?

Le premier est le manque de temps (71.4%), puis le manque de financement adapté, et le manque de formation et de connaissances. Ces trois thèmes reviennent dans les priorités souhaitées par les médecins généralistes, pour améliorer les actions d'éducation

thérapeutique dans leur pratique, c'est-à-dire une valorisation financière (forfait d'éducation thérapeutique), et une formation adaptée (séminaires, soirées).

L'URML MP va s'employer à défendre, au niveau des partenaires institutionnels (ARS, Assurance Maladie, Sociétés savantes) ces légitimes demandes, destinées à généraliser et intégrer l'éducation thérapeutique dans l'exercice quotidien des médecins généralistes rejoignant plusieurs recommandations récentes 2009-2010(Haut Conseil de la Santé Publique, HAS, rapport au 1^{er} Ministre).

(2009 – 2010)

Dr Bernard BROS

*Président du Collège Généraliste
URML Midi Pyrénées*

2. INTRODUCTION

L'éducation thérapeutique (ET) s'est progressivement développée depuis la parution il y a une vingtaine d'année d'un rapport de l'OMS¹ dans lequel sont énoncés les principes fondateurs de cette « nouvelle activité ». L'ET y est définie comme un processus d'apprentissage centré sur le patient et adapté à ses besoins, intégré au traitement et aux soins, dont le but est de lui permettre de mieux gérer sa maladie et de maintenir voire d'améliorer sa qualité de vie.

En France son développement est relativement récent. Son essor s'est accéléré depuis les lois de 2004, relatives à la Santé Publique et l'Assurance Maladie, qui soulignent le nécessaire décloisonnement du système de soin et le caractère fondamental d'une politique de prévention pour lutter contre la maladie, modifier les comportements à risque et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. D'autres textes législatifs et réglementaires complètent ces lois et des études orientent le développement de l'ET (notamment pour la prise en charge d'affections chroniques « ciblées » telles que l'asthme ou le diabète)².

Plus récemment, la Haute Autorité de Santé a fait paraître un guide méthodologique pour la structuration des programmes d'Éducation Thérapeutique dans le champ des maladies chroniques dont certaines parties servent de recommandations professionnelles³. Ce guide a été suivi en 2008 de la présentation d'un rapport⁴, qui expose les principes

1 Rapport OMS-Europe publié en 1996, *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*

2 Une étude qualitative sur les structures accueillant les patients diabétiques type 2 réalisée à la demande de la CNAMTS ; Un état des lieux commandé par la DGS sur le thème de l'asthme ; Référentiels

3 Guide méthodologique – Structuration d'un programme d'Education Thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, HAS-INPES, Juin 2007

4 *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient*, SAOUT C., CHARBONNEL B., BERTRAND D., Septembre 2008

opérationnels et les caractéristiques essentielles des axes pouvant guider la mise en place d'une politique d'éducation thérapeutique sur l'ensemble du territoire.

Dans le contexte actuel de prévalence croissante des maladies chroniques, d'inégalité de santé et de baisse de la démographie médicale, renforcer le développement de l'ET semble être une orientation importante pour tenter de répondre, en partie, aux besoins de la population.

Mais aujourd'hui il existe peu d'études publiées permettant d'évaluer la réalité d'une pratique d'ET sur le territoire national⁵. Néanmoins, il est souvent avancé dans la littérature que les professionnels de santé libéraux restent encore peu nombreux à avoir intégré l'ET dans leur pratique.

En vue de disposer d'éléments d'analyse concrets pouvant servir de support à l'élaboration d'une stratégie de développement local d'ET, l'URML de Midi-Pyrénées a choisi de réaliser une enquête sur le sujet auprès des médecins libéraux de la région. Le choix de mener une enquête auprès de ces professionnels libéraux doit permettre l'identification des conditions susceptibles de développer l'ET et de favoriser son intégration durable au sein de l'offre de soin de premier recours.

3. MÉTHODOLOGIE

L'objectif de cette enquête, défini par l'URML, est d'étudier la pratique de l'ET par les médecins généralistes (MG) de la région Midi-Pyrénées. Ceci permettra d'identifier les difficultés et les attentes des MG vis à vis de l'ET, de la développer et de l'intégrer dans leur exercice.

Le questionnaire

Pour répondre au mieux à l'objectif fixé, l'URML a choisi d'élaborer un questionnaire reposant sur un ensemble de questions fermées regroupées autour de 4 grands axes :

- Conditions d'exercice et caractéristiques de la patientèle
- Bilan sur les connaissances et pratiques d'ET
- Principales difficultés pouvant constituer des freins à la mise en œuvre de l'ET
- Principales attentes vis à vis de l'ET / facteurs d'intégration dans la pratique

Le cadre de l'enquête ayant ainsi été posé par l'URML, sa réalisation et l'analyse de ses résultats ont ensuite été confiées à l'ORSMIP.

Disposant d'une base de données recensant l'ensemble des médecins libéraux de la région Midi Pyrénées pour l'année 2008, l'ORSMIP a dans un premier temps constitué un échantillon de 600 médecins tirés au hasard. Cet échantillon de médecins est représentatif

5 Santé Publique, Volume 19 N°4 Juillet-Août 2007 - *Le développement de l'Éducation Thérapeutique du patient au sein des régions françaises*, BAUDIER F., PRIGENT A., LÉBOUBE G. ; *Le développement de l'Éducation Thérapeutique : politiques publiques et offres de soins actuelles*, GRENIER B., BOURDILLON F., GAGNAYRE R.

pour la région Midi Pyrénées aux vues des caractéristiques régionales obtenues en fonction de 3 critères principaux : le sexe, l'âge et le lieu d'exercice. (cf. annexe)

Le questionnaire auto administré a ainsi été envoyé par voie postale à cet échantillon de 600 généralistes. Ce dernier ayant également été mis en ligne par l'URML, les médecins avaient le choix d'y répondre par courrier ou de le remplir directement en ligne. Des relances téléphoniques ont été réalisées.

PARTICIPATION DES MÉDECINS À L'ENQUÊTE ET REPRÉSENTATIVITÉ

167 MG sur 600 ont répondu au questionnaire (tableau 1). On a donc un taux de participation **d'environ 28%** pour l'ensemble des médecins.

S'il est similaire selon le sexe, il varie en fonction de l'âge des répondants et de leur lieu d'exercice. On note ainsi que la participation est plus importante chez les médecins âgés de 45 à 55 ans (32,6%) et ceux exerçant en zone urbaine hors agglomération toulousaine (34,7%) ; en revanche, elle est beaucoup plus faible chez les médecins âgés de plus de 55 ans (22,7%) et ceux exerçant dans la commune de Toulouse (23,5%)

Tableau 1 : Taux de réponses des médecins

	Nombre de questionnaires envoyés	Nombre de questionnaires retournés	Taux de participation (%)
Ensemble	600	167	27,8
Sexe			
- Hommes	408	112	27,5
- Femmes	192	55	28,6
Age			
- <45 ans	141	41	29,1
- De 45 à 54 ans	221	72	32,6
- 55 ans et plus	238	54	22,7
Type de commune d'exercice			
- Urbain Toulouse	230	54	23,5
- Périurbain Toulouse	45	14	31,1
- Urbain (hors Toulouse)	121	42	34,7
- Périurbain (hors Toulouse)	31	9	29,0
- Rural	173	48	27,7

Représentativité des médecins répondants

Le tableau 2 compare la répartition des médecins de l'échantillon (médecins ayant répondu) à celle de l'ensemble des MG exerçant en Midi-Pyrénées.

Le ratio homme/femme est comparable à celui de la région. La répartition des médecins répondants en fonction de leur âge respecte globalement celle obtenue pour Midi-Pyrénées (il existe une légère sous-représentation des moins de 45 ans au profit des 55 ans et plus). En revanche, les différences de représentativité en termes de commune

d'exercice sont très marquées : au vue des données régionales, les médecins exerçant en agglomération toulousaine sont largement sous-représentés dans l'échantillon des répondants (12,1% au lieu de 38,2%) quand ceux exerçant en zone périurbaine hors Toulouse et en zone rurale sont à l'inverse nettement surreprésentés (17,6% au lieu de 5,1% pour les premiers et 37,0% au lieu de 29,1% pour les seconds).

Tableau 2 : Représentativité de l'échantillon

	Région (%)	Echantillon (%)
Sexe		
- Hommes	68,3	67,7
- Femmes	31,7	32,3
Age		
- <45 ans	23,5	20,6
- De 45 à 54 ans	36,8	37,5
- 55 ans et plus	39,7	41,9
Type de commune d'exercice		
- Urbain Toulouse	38,2	12,1
- Périurbain Toulouse	7,6	8,5
- Urbain (hors Toulouse)	20,1	24,8
- Périurbain (hors Toulouse)	5,1	17,6
- Rural	29,1	37,0

Région : résultats obtenus à partir de la base régionale des médecins généralistes 2008

4. CARACTÉRISTIQUES ET ACTIVITÉ DES MÉDECINS RÉPONDANTS

Les médecins ayant répondu au questionnaire sont à 67,7% des hommes (n=113) et à 32,3% des femmes (n=54) (tableau 3 et figure 1).

L'âge moyen est de 50,6 ans (52,1 ans pour les hommes et 47,9 ans pour les femmes).

Le type de commune d'exercice ne varie pas selon le sexe.

64,7% des médecins sont installés depuis plus de 15 ans avec une différence significative selon le sexe : 72,2% des hommes sont installés depuis plus de 15 ans contre 42,6% des femmes.

Globalement la grande majorité des MG (environ 94,0%), quel que soit le sexe, suivent des séances de formation continue.

Moins de la moitié des MG ont participé à un programme d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

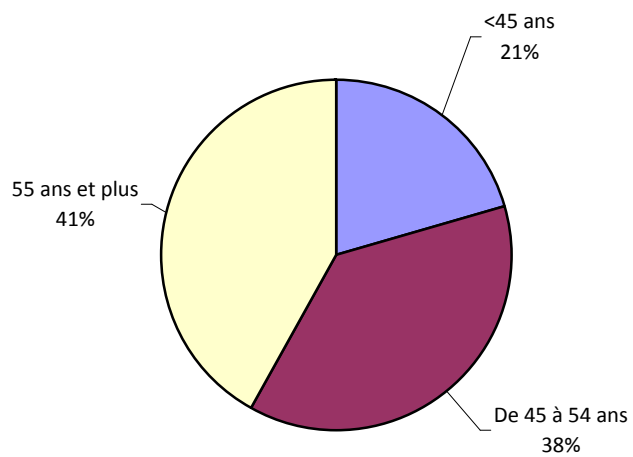
Tableau 3 : Principales caractéristiques des médecins selon le sexe (% en colonne)

	Ensemble n (%)	Homme n (%)	Femme n (%)	p
Age				
- <45 ans	28 (20,6)	12 (13,8)	16 (32,7)	0,02
- De 45 à 54 ans	51 (37,5)	33 (37,9)	18 (36,7)	
- 55 ans et plus	57 (41,9)	42 (48,3)	15 (30,6)	

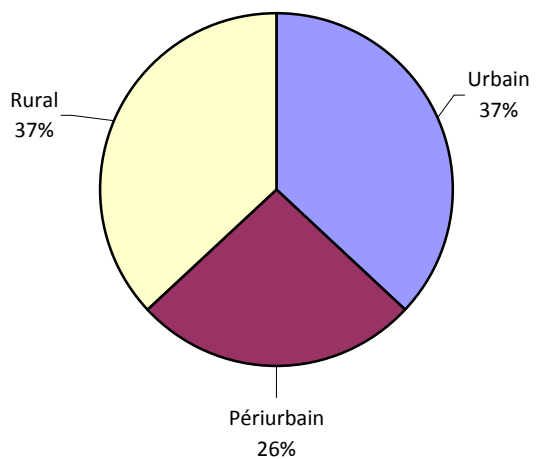
Age moyen	50,6	52,1	47,9	0,01
Type de commune d'exercice				
- Urbain	61 (37,0)	42 (37,5)	19 (35,8)	
- Périurbain	43 (26,0)	26 (23,2)	17 (32,1)	0,45
- Rural	61 (37,0)	44 (39,3)	17 (32,1)	
Ancienneté d'installation				
- < 5ans	16 (9,9)	5 (4,6)	11 (21,2)	
- 5 - 15 ans	38 (23,5)	20 (18,2)	18 (34,6)	
- 16 - 29 ans	74 (45,7)	57 (51,8)	17 (32,7)	<0,001
- 30 ans et plus	34 (21,0)	28 (25,5)	6 (11,5)	
Ancienneté moyenne d'installation	20	22,3	15,2	<0,001
Formation continue				
- Oui	154 (93,9)	101 (91,8)	53 (98,2)	
- Non	10 (6,1)	9 (8,2)	1 (1,8)	0,17
A participé à une évaluation d'EPP				
- Oui	67 (40,4)	45 (40,2)	22 (40,7)	
- Non	99 (59,6)	67 (59,8)	32 (59,3)	0,95

Figure 1 : Principales caractéristiques des médecins

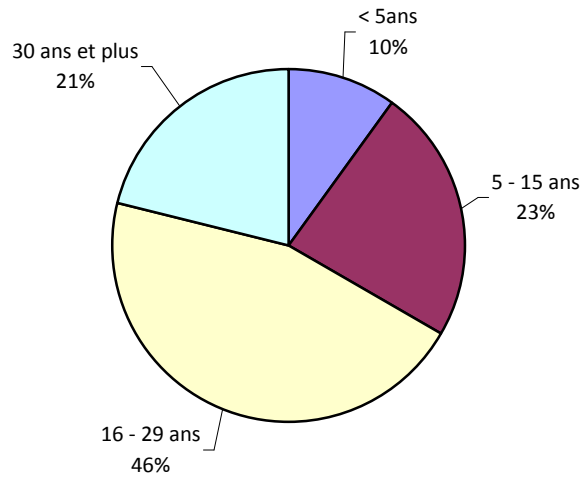
Age des MG



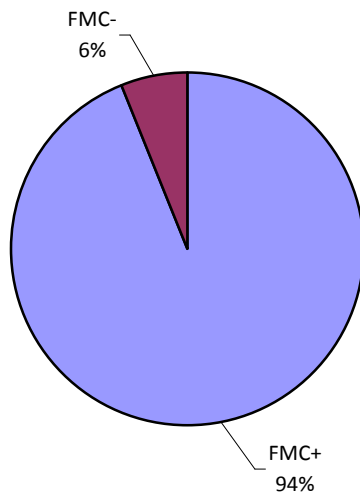
Type de commune d'exercice



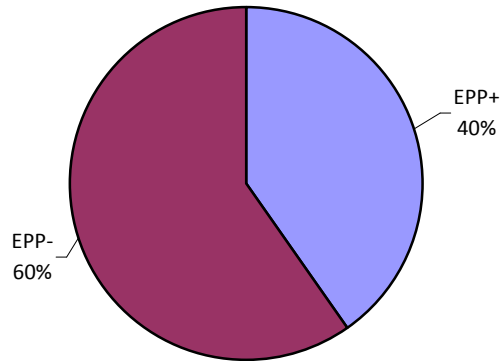
Ancienneté d'installation



Suivi d'une formation continue



Participation a une EPP



Conditions d'exercice

- **Mode d'exercice**

86,0% des médecins ont une activité libérale exclusive (tableau 4). Le mode d'exercice ne varie pas significativement selon les caractéristiques des médecins. Cependant, il semble que les MG de moins de 45 ans ont le plus souvent une activité libérale exclusive et on retrouve une proportion plus élevée de MG avec une activité mixte en zone rurale. L'activité mixte est détaillée dans le tableau 5.

62,0% des MG ont une pratique de groupe (tableau 4). Elle ne varie pas significativement selon les caractéristiques des médecins mais semble plus fréquente chez les moins de 45 ans et lorsque que les médecins sont installés depuis 5 à 15 ans.

Tableau 4 : Mode d'exercice des médecins selon leurs caractéristiques (% en ligne)

	Activité			Pratique de groupe	
	Libérale exclusive n (%)	Mixte n (%)	p	Oui n (%)	p
Ensemble	143 (86,1)	23 (13,9)		101 (62,0)	
Sexe					
- Homme	97 (85,8)	16 (14,2)	0,87	69 (62,7)	0,77
- Femme	46 (86,8)	7 (13,2)		32 (60,4)	
Age					
- <45 ans	26 (92,9)	2 (7,1)	0,74	21 (75,0)	0,20
- De 45 à 54 ans	44 (86,3)	7 (13,7)		32 (62,8)	
- 55 ans et plus	50 (87,7)	7 (12,3)		30 (54,6)	
Type de commune d'exercice					

- Urbain	54 (88,5)	7 (11,5)		38 (62,3)	
- Périurbain	39 (90,7)	4 (9,3)	0,25	28 (66,7)	0,65
- Rural	49 (80,3)	12 (19,7)		34 (57,6)	
Ancienneté d'installation					
- < 5 ans	14 (87,5)	2 (12,5)		10 (62,5)	
- 5-15 ans	33 (86,8)	5 (13,2)		27 (71,1)	
- 16-29 ans	64 (86,5)	10 (13,5)	0,95	47 (65,3)	0,10
- 30 ans et plus	28 (82,4)	6 (17,6)		14 (43,8)	

Tableau 5 : Pratique d'une autre activité médicale

	n
Coordinateur MDR/EHPAD	12
Vacation hospitalière	3
Enseignant en médecine générale	1
Foyer	1
Médecine légale	1
Régulation centre 15	1
Réseau soins palliatifs	1
Salarié	1
Salarié MAS	1
Sexologie	1
Total	23

- **Temps de travail et nombre d'actes hebdomadaires**

La moitié des médecins travaillent plus de 50 heures par semaine (tableau 6). La moitié des médecins effectuent de 50 à 110 actes par semaine.

Tableau 6 : Temps de travail et nombre d'actes hebdomadaires

	n	%
Temps de travail hebdomadaire		
- < 30h	5	3,0
- de 30 à 40h	29	17,5
- de 40 à 50h	51	30,7
- de 50 à 60h	57	34,3
- > 60h	24	14,4
Nombre d'actes hebdomadaire		
- < 50	8	5,3
- 50 à 80	27	17,0
- 80 à 110	52	32,7
- 110 à 140	48	30,2
- > 140	24	15,1

Le temps de travail et le nombre d'actes sont significativement plus importants chez les hommes (tableau 7).

Le temps de travail augmente significativement avec l'âge du médecin.

On observe une augmentation de l'activité (temps de travail et nombre d'actes) en zone rurale.

L'activité est moindre pour les MG installés depuis moins de 15 ans, notamment pour ceux installés depuis moins de 5 ans.

Les MG ayant une activité mixte effectuent moins d'actes, ainsi que pour les MG ayant une pratique de groupe.

Tableau 7 : Temps de travail et nombre d'actes hebdomadaires selon les caractéristiques des médecins (% en ligne)

	Temps de travail			Nombre d'actes		
	< 50 h n (%)	50 h et plus n (%)	p	< 110 n (%)	110 et plus n (%)	p
Ensemble	85 (51,2)	81 (48,8)		87 (54,7)	72 (45,3)	
Sexe						
- Homme	44 (38,9)	69 (61,1)	<0,001	44 (41,1)	63 (58,9)	<0,001
- Femme	41 (77,4)	12 (22,6)		43 (82,7)	9 (17,3)	
Age						
- < 45 ans	19 (67,9)	9 (32,1)	0,04	18 (64,3)	10 (35,7)	0,50
- De 45 à 54 ans	26 (51,0)	25 (49,0)		25 (51,0)	24 (49,0)	
- 55 ans et plus	22 (38,6)	35 (61,4)		29 (52,7)	26 (47,3)	
Type de commune d'exercice						
- Urbain	34 (55,7)	27 (44,3)	0,36	36 (61,0)	23 (39,0)	0,10
- Périurbain	24 (55,8)	19 (44,2)		26 (60,5)	17 (39,5)	
- Rural	27 (44,3)	34 (55,7)		24 (42,9)	32 (57,1)	
Ancienneté d'installation						
- < 5ans	14 (87,5)	2 (12,5)	0,001	13 (86,7)	2 (13,3)	0,03
- 5 - 15 ans	24 (63,2)	14 (36,8)		22 (59,5)	15 (40,5)	
- 16 - 29 ans	28 (37,8)	46 (62,2)		34 (49,3)	35 (50,7)	
- 30 ans et plus	16 (47,1)	18 (52,9)		15 (44,1)	19 (55,9)	
Activité						
- Libérale exclusive	74 (51,8)	69 (48,2)	0,73	73 (53,3)	64 (46,7)	0,37
- Mixte	11 (47,8)	12 (52,2)		14 (63,6)	8 (36,4)	
Pratique de groupe						
- Oui	53 (52,5)	48 (47,5)	0,76	51 (51,0)	49 (49,0)	0,14
- Non	31 (50,0)	31 (50,0)		36 (63,2)	21 (36,8)	

Caractéristiques des patients provenant du relevé individuel d'activités et de prescriptions (RIAP)

La patientèle est constituée en moyenne de 23,0% de patients en ALD (avec un minimum de 4,0% et un maximum de 60,0%) et la moitié des médecins ont entre 20,0 et 27,0% de patients en ALD. Il y a en moyenne 8,4% de patients bénéficiant de la CMU (minimum : 1,0% et maximum : 81,0%)

La moitié des patients sont âgés de 16 à 59 ans.

En moyenne, 37,1% des patients sont porteurs de pathologies chroniques (minimum : 3,0% et maximum : 99,0%). La grande hétérogénéité de patients porteurs de pathologies chroniques (16,5% pour le premier quartile de médecins et 66,3% pour le dernier quartile) peut s'expliquer par les variations selon le lieu d'exercice.

En effet, comme le montre le tableau 8, la proportion de prise en charge des patients en ALD est supérieure en zone rurale. Les patients de plus de 59 ans et les patients présentant des pathologies chroniques sont plus nombreux en zone rurale.

La proportion de prise en charge des patients bénéficiant de la CMU est supérieure en milieu urbain.

Tableau 8 : Caractéristiques des patients selon le type de commune d'exercice

	Type de commune d'exercice			p
	Urbain	Périurbain	Rural	
Proportion moyenne de patients (%) :				
- En ALD	23,0	18,4	27,1	0,01
- Bénéficiaires de la CMU	12,4	6,3	5,8	0,01
- Âgés de :				
- < 16 ans	19,3	23,9	19,3	0,60
- 16 à 59 ans	56,4	52,7	44,8	0,01
- > 59 ans	23,2	19,7	31,3	0,01
- Présentant des pathologies chroniques	33,5	33,3	42,7	0,26

5. CONNAISSANCES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUR L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

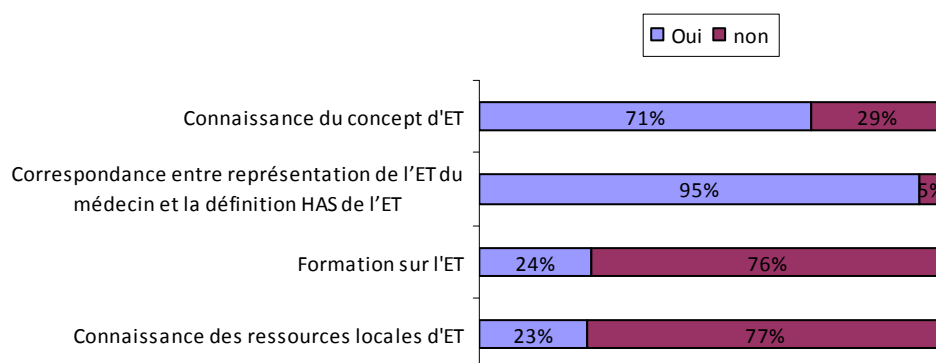
Selon la HAS (Haute Autorité de Santé), « l'éducation thérapeutique d'un patient est un processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, information, apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernés, et les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et de maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie avec la maladie. »

Plus de 7 médecins sur 10 connaissent le concept d'ET mais peu d'entre eux ont suivi une formation sur ce thème (tableau 9 et figure 2). Les ressources locales d'ET restent peu connues.

Tableau 9 : Formation et connaissances des MG

	Oui	
	n	%
Connaissance du concept d'ET	118	71,1
Correspondance entre représentation de l'ET du médecin et la définition HAS de l'ET	155	94,5
Formation sur l'ET	40	24,1
Connaissance des ressources locales d'ET	38	23,3

Figure 2 : Formation et connaissance de l'ensemble des MG



Les formations sur l'ET (tableau 10) portent majoritairement, dans l'ordre sur : le diabète, les pathologies respiratoires (asthme, BPCO), des pathologies cardio-vasculaires (HTA, insuffisance cardiaque) et l'obésité.

Tableau 10 : Formations sur l'ET suivies

	n
Diabète	11
Pneumologie	1
Asthme	6
BPCO	2
Réseau Partn'air	1
HTA	4
Insuffisance cardiaque	2
FMC	6
MG/SFMG/CNGE/SFTG	4
Obésité/REPOP	2
Migraine	1
Alzheimer	1
Réseau Efformip	1
SETSO	1
Groupe de pairs	1
TCC	1
Rhumatologie	1
Réduction de la prescription médicale	1

Les ressources locales d'éducation thérapeutique connues et utilisées sont présentées dans le tableau 11.

Tableau 11 : Ressources locales d'ET connues et utilisées

	Ressources locales	
	Connues	Utilisées
Diabète (hôpital, clinique, Sophia, Diamip, Diab Lot)	21	17
ET à l'hôpital, clinique, Centre Hospitalier Ariège Couserans	8	4
Obésité (hôpital, clinique, Repop)	6	6
Efformip	3	2
Association de malades	3	1
Addiction	2	1
Les réseaux en général	2	1
Asthme, Partn'air	2	1
Programme Veinothèrmes	1	1
Gestion AVK, plaies AOMI TVP	1	1
Cardiologie (CHU)	1	1
CPAM	1	1
Aerris (cabinet conseil en santé)	1	1
Réunions d'Évaluation de Situations d'Adultes en Difficulté (RESAD)	1	1
IDE formée	1	1
Services spécialisés avec module d'éducation	1	0
Consultation douleur chronique	1	0
Maternip	1	0
SETSO (prévention des risques professionnels)	1	0

6. PRATIQUE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Plus de 80% des médecins déclarent pratiquer « l'ET » (tableau 12).

Il n'y a pas de différence significative de pratique d'ET selon les caractéristiques des médecins (tableau 12). On observe tout de même une pratique d'ET plus importante chez les MG de moins de 45 ans, chez les MG exerçant en zone périurbaine et chez les MG installés depuis moins de 5 ans.

Tableau 12 : Pratique de l'ET selon les caractéristiques des médecins (n=160)

	Total	Pratiquez vous l'ET ?	
		Oui n (%)	p
Pratique de l'ET	160	130 (81,3)	
Sexe			
- Homme	111	92 (82,9)	0,43
- Femme	49	38 (77,6)	
Age			
- < 45 ans	28	24 (85,7)	0,70
- De 45 à 54 ans	49	41 (83,7)	
- 55 ans et plus	52	41 (78,9))	
Type de commune d'exercice			
- Urbain	57	45 (79,0)	0,66
- Périurbain	43	37 (86,1)	
- Rural	58	47 (81,0)	
Ancienneté d'installation			
- < 5ans	15	14 (93,3)	0,55
- 5-15 ans	38	31 (81,6)	
- 16-29 ans	70	57 (81,4)	
- 30 ans et plus	33	25 (75,8)	
Activité			
- Libérale exclusive	139	112 (80,6)	0,77
- Mixte	20	17 (85,0)	
Pratique de groupe			
- Oui	99	79 (79,8)	0,69
- Non	57	47 (82,5)	

La pratique déclarée de l'ET est logiquement plus fréquente si son concept est connu des médecins et si la représentation qu'ils s'en font est conforme à la définition de l'HAS (tableau 13). Relevons cependant que près de 70% des médecins reconnaissant ignorer ce concept d'ET déclarent tout de même la pratiquer. De la même façon, si les médecins formés à l'ET déclarent plus volontiers la pratiquer, les médecins non formés sont également largement majoritaires (79,5%) à indiquer la mettre en œuvre. Ainsi, au-delà de la conceptualisation et de la formation, la plupart des médecins généralistes semblent considérer que l'éducation thérapeutique fait partie intégrante de leur pratique.

Tableau 13 : Pratique de l'ET selon la formation et les connaissances des médecins (n=160)

	Total	Pratiquez vous l'ET ?	
		Oui n (%)	p
Connaissance du concept d'ET			
- Oui	112	97 (86,6)	0,01
- Non	47	32 (68,1)	
Correspondance représentation et définition HAS			
- Non	1	0	0,001
- Plutôt non	6	2 (33,3)	
- Plutôt oui	114	91 (79,8)	
- Oui	37	35 (94,6)	
Formation sur l'ET			
- Oui	37	32 (86,5)	0,34
- Non	122	97 (79,5)	
Connaissance des ressources locales d'ET			
- Oui	37	33 (89,2)	0,14
- Non	119	93 (78,2)	

Il y a une différence significative de proportion des patients en ALD selon la pratique de l'ET (tableau 14) : les MG pratiquant l'ET ont une proportion moyenne de patients en ALD plus importante que ceux qui ne la pratiquent pas (24,2% vs 19,5%).

Les autres caractéristiques de la patientèle ne diffèrent pas selon la pratique ou non d'ET.

Tableau 14 : Pratique de l'ET selon les caractéristiques des patients (% en colonne)

	Pratique de l'ET		
	Oui	Non	p
Proportion moyenne de patients (%) :			
- En ALD	24,2	19,5	0,02
- Bénéficiaires de la CMU	8,7	7,9	0,90
- Âgés de :			
- < 16 ans	20,2	22,4	0,36
- 16 à 59 ans	51,1	52,2	0,62
- > 59 ans	25,6	22,6	0,25
- Présentant des pathologies chroniques	36,8	33,9	0,39

Les modalités de pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes

- **Déroulement de l'éducation thérapeutique**

La majorité des médecins disent pratiquer l'ET : seuls (61,5%), avec d'autres professionnels de santé (48,5%), au cours d'une consultation habituelle (95,4%) et au cabinet (99,2%). Les autres lieux cités sont : les thermes et le lycée.

Seuls 23,1% des médecins ont une trace écrite de leurs actions d'ET dans l'année.

Tableau 15 : Cadre, moment, lieu (plusieurs réponses possibles) et traces écrites de l'ET, n=130

	n	%
Cadre(s) de la pratique de l'ET		
- Seul	80	61,5
- Avec d'autres médecins	38	29,2
- Avec d'autres professionnels de santé	63	48,5
- Avec une ou plusieurs associations de patients	6	4,6
- Avec des réseaux	25	19,2
- Autres	1	0,8
A quel(s) moment(s)?		
- Consultation habituelle	124	95,4
- Consultation(s) spécifique(s)	16	12,3
- Consultation approfondie (ALD)	18	13,9
- Hors consultation	10	7,7
Dans quel(s) lieu(x) ?		
- Domicile	46	35,4
- Cabinet	129	99,2
- Lieu dédié	3	2,3
- Structures hospitalières	6	4,6
- Autre	2	1,5
Traces écrites des actions d'ET	30	23,1

Tous les médecins déclarant pratiquer l'ET font de l'information et de la sensibilisation, ce qui peut être considéré comme le premier niveau en matière d'ET (tableau 16 et figure 3). La mise en œuvre de l'apprentissage et de l'accompagnement psycho-social est plus rare et concerne 58 MG (tableau 17), sans variation sensible selon les caractéristiques des médecins et de leur patientèle, ou selon qu'ils soient ou non formés à l'ET.

Les différentes étapes de la démarche d'ET sont réalisées de façon différentielle.

Ainsi, outre la phase d'information, 15,4% des MG analysent les besoins éducatifs et définissent des objectifs personnalisés, alors que 5,4% seulement mettent en œuvre l'ensemble des étapes de la démarche (tableau 17).

Tableau 16 : Activité et démarche d'ET, n=130 (% en ligne)

	Rarement ou Jamais n (%)	Souvent ou Toujours n (%)
Activité d'ET		
- Sensibilisation	0	129 (100,0)
- Information	0	129 (100,0)
- Apprentissage	38 (29,7)	90 (70,3)
- Accompagnement psycho-social	44 (34,4)	84 (65,6)
- Autre	23 (63,9)	13 (36,1)
Étapes de la démarche d'ET		
- Information	0	129 (100,0)
- Définition des objectifs personnalisés	31 (24,4)	96 (75,6)
- Analyse des besoins éducatifs	48 (37,2)	81 (62,8)
- Évaluation des bénéfices pour le patient	54 (42,5)	73 (57,5)
- Planification d'un programme éducatif	94 (74,6)	32 (25,4)
- Mise en œuvre de séances d'éducation thérapeutique	118 (91,5)	11 (8,5)

Figure 3 : Fréquences des activités et des démarches d'ET effectuées, n=130

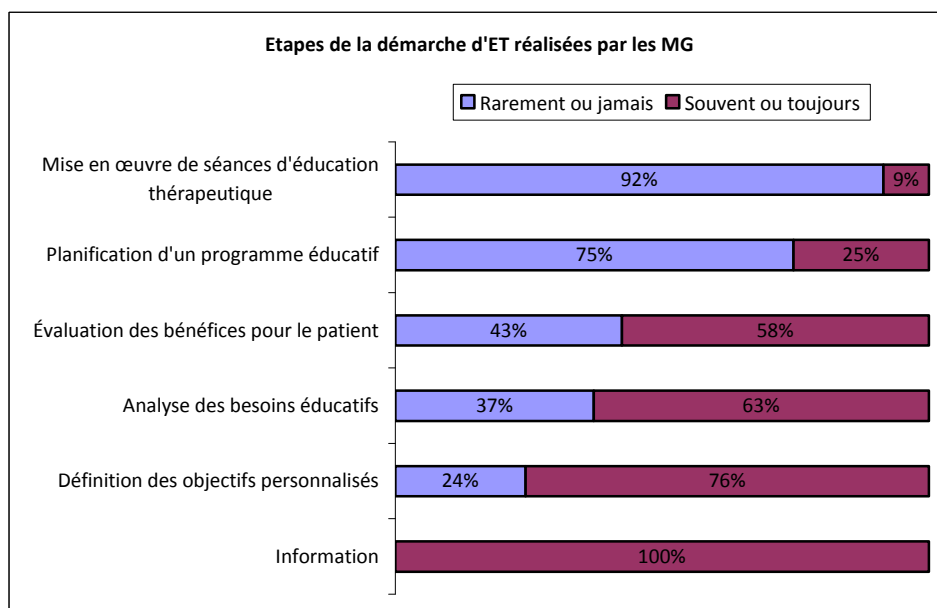
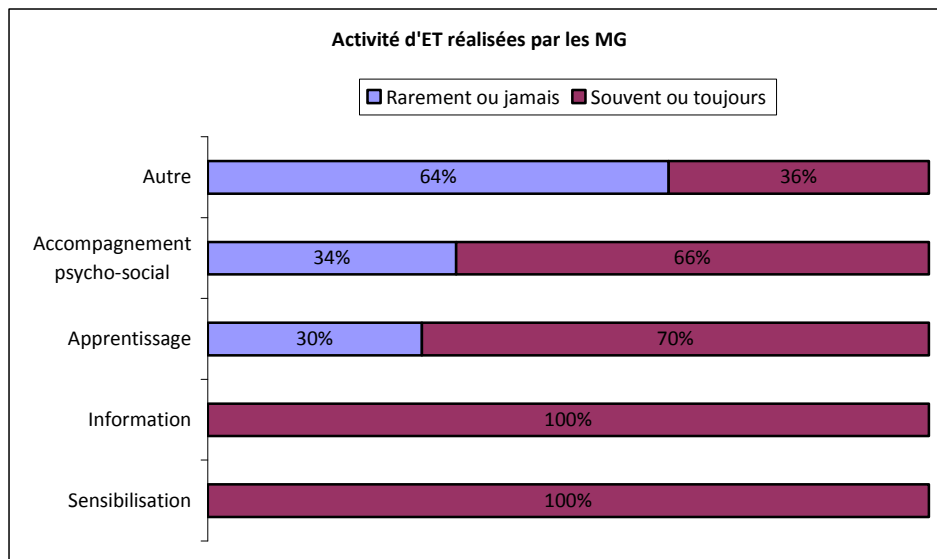


Tableau 17 : Activités et étapes d'ET (regroupement), n=130

	n	%
Activité d'ET		
- Apprentissage + Accompagnement psycho-social	58	44,6
Étapes d'ET		
- Étape A seule	36	27,7
- Étape A + Étape B	20	15,4
- Étape A + Étape B + Étape C	0	0,0
- Étape A + Étape B + Étape C + Étape D	7	5,4

Étape A = Information

Étape B = Analyse des besoins éducatifs et Définition d'objectifs personnalisés

Étape C = Planification d'un programme éducatif et Mise en œuvre de séances d'éducation thérapeutique

Étape D = Évaluation des bénéfices pour le patient

Les MG se servent essentiellement de l'entretien individuel (tableau 18), parfois de supports écrits et de documents. Les autres supports pédagogiques sont utilisés par moins de la moitié des MG.

18 MG (13,8%) n'utilisent que l'entretien individuel. 107 (82,3%) l'utilisent avec un ou plusieurs des autres moyens pédagogiques. Il n'y a pas de différence selon les caractéristiques des MG, selon qu'ils soient ou non formés à l'ET et selon les caractéristiques de la patientèle.

Tableau 18 : Moyens pédagogiques, n=130 (% en ligne)

	Rarement ou Jamais n (%)	Souvent ou Toujours n (%)
Moyens pédagogiques		
- Entretien individuel	3 (2,3)	126 (97,7)
- Supports écrits, documents, brochures, livrets	39 (30,5)	89 (69,5)
- Apprentissage de techniques	74 (58,7)	52 (41,3)
- Partages d'expériences	98 (78,4)	27 (21,6)
- Internet	100 (80,0)	25 (20,0)
- Mise en situation	114 (90,5)	12 (9,5)
- Supports audiovisuels	119 (94,4)	7 (5,56)
- Groupe de patients	124 (98,4)	2 (1,6)
- Jeux de rôle	126 (100,0)	0

Si l'on analyse le nombre de moyens pédagogiques utilisés par les MG selon le fait qu'ils aient ou non suivi une formation à l'ET (tableau 19), on constate que les médecins formés sont près de 69% à utiliser au moins 3 supports pédagogiques contre 45% des MG non formés.

Tableau 19 : n=130 (% en ligne)

	Nombre de moyens pédagogiques utilisés		p
	≤2 n (%)	≥3 n (%)	
Formation sur l'ET			
- Non	59 (60,8)	38 (45,1)	0,004
- Oui	10 (31,2)	22 (68,8)	

En régression logistique, la probabilité d'utiliser 3 moyens ou plus est significativement plus importante pour les MG formés à l'ET comparativement à ceux qui ne le sont pas : OR de 3,42 [1,46-8,00], p=0,005.

En moyenne, 42 patients ont participé aux actions d'ET de leur médecin dans l'année (minimum : 3 et maximum : 300).

- **Domaines d'ET et Référentiels**

L'ET est essentiellement utilisée pour le diabète, l'hypertension artérielle, l'obésité, l'asthme et les lombalgies (figure 4).

Figure 4 : Pathologies pour lesquelles de l'ET est faite

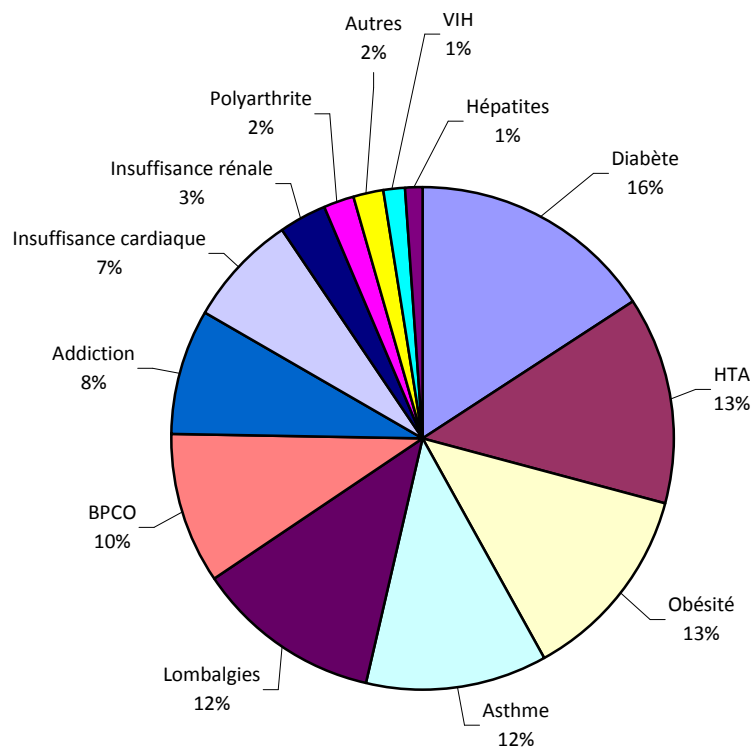


Tableau 20 : Autres pathologie pour lesquelles de l'ET est faite

	n
Maladie d'Alzheimer et autres démences, troubles psychotiques, dépression, psychoses, anxiété gestion du stress, troubles psychologique	4
Artériopathie, phlébites, gestion des AVK, plaies veineuses, insuffisance veineuse des membres inférieurs	4
Dyslipidémie	3
Alimentation	2
Ostéoporose	2
Pédiatrie	2
Troubles du sommeil	2
Infections urinaires	1
Céphalées	1
Goutte	1
Oncologie	1
Sevrage tabagique	1

59 médecins (42,8%) utilisent des référentiels. Les pathologies le plus souvent concernées sont le diabète et l'HTA (tableau 21).

Tableau 21 : Pathologies pour lesquelles un référentiel est utilisé

	n
Diabète	38
HTA	28
Asthme	15
Obésité	10
Lombalgies	8
BPCO	7
Insuffisance cardiaque	7
Addictions	6
VIH	4
Polyarthrite	4
Insuffisance rénale	3
Hépatites	3
Dyslipidémie	1
Artériopathie	1
Phlébites	1
AVK	1
Plaies veineuses	1
TCC	1

7. FREINS À LA PARTICIPATION À DES ACTIONS D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Il a été demandé aux médecins quels étaient les éléments qui leur paraissaient être un frein à leur participation à des actions d'ET. Le manque de temps (tableau 22) est celui qui est cité le plus fréquemment en première place (71,4%). En deuxième place, sont cités le manque de connaissances et de formation et le manque de financement adapté (20,1% et 18,8%). Ceux en troisième place sont : le manque de sensibilisation du patient (14,2%), le manque de structure et/ou de coordination (12,8%), des référentiels mal adaptés aux soins de première ligne (12,8%) et le manque de financement adapté (12,1%). En quatrième place, on retrouve le manque de financement adapté (15,1%), l'isolement du médecin (12,8%), le manque de structure et/ou de coordination (12,0%) et le manque de sensibilisation du patient (11,3%).

Tableau 22 : Classement des freins à la participation à des actions d'ET

	n°1 (%)	n°2 (%)	n°3 (%)	n°4 (%)
Manque de temps	107 (71,4)	15 (10,4)	4 (2,8)	4 (3,0)
Manque de connaissances, formation	12 (8,0)	29 (20,1)	14 (9,9)	14 (10,5)
Manque de financement adapté	6 (4,0)	27 (18,8)	17 (12,1)	20 (15,1)
Manque de sensibilisation du patient	6 (4,0)	19 (13,2)	20 (14,2)	15 (11,3)
Manque de structures et/ou de coordination	5 (3,3)	13 (9,0)	18 (12,8)	16 (12,0)
Isolement du médecin	5 (3,3)	11 (7,6)	14 (9,9)	17 (12,8)
Manque de lisibilité de l'impact	2 (1,4)	13 (9,0)	9 (6,4)	8 (6,0)
Référentiels mal adaptés aux soins de première ligne	2 (1,4)	9 (6,3)	18 (12,8)	7 (5,3)
Environnement du patient non facilitant	2 (1,4)	5 (3,5)	13 (9,2)	14 (10,5)
Manque de sensibilisation du médecin	2 (1,4)	3 (2,1)	8 (5,7)	12 (9,0)
Craintes d'une intrusion dans la vie du patient	1 (0,7)	0	6 (4,2)	6 (4,5)

En tenant compte du nombre de citations (tableau 23), les trois freins qui arrivent en tête sont : le manque de temps, le manque de financement adapté et le manque de connaissances et de formation.

Tableau 23 : Classement des freins à la participation à des actions d'ET selon leur nombre de citations

	Nombre de citations
Manque de temps	130
Manque de financement adapté	70
Manque de connaissances, formation	69
Manque de sensibilisation du patient	60
Manque de structures et/ou de coordination	52
Isolement du médecin	47
Référentiels mal adaptés aux soins de première ligne	36
Environnement du patient non facilitant	34
Manque de lisibilité de l'impact	32
Manque de sensibilisation du médecin	25
Craintes d'une intrusion dans la vie du patient	13

Le manque de temps (tableau 24) est significativement plus ressenti par les MG ayant une pratique de groupe. Le manque de financement l'est par les MG exerçant en zone périurbaine. Le manque de connaissances/formation est significativement plus ressenti par les MG n'ayant pas connaissance du concept d'ET et par les MG n'ayant pas eu de formation sur l'ET.

Tableau 24 : Les trois principaux freins selon les caractéristiques des médecins et la pratique de l'ET

	Manque de temps		Manque de financement		Manque de connaissances	
	Oui n (%)	p	Oui n (%)	p	Oui n (%)	p
Sexe						
- Hommes	89 (78,8)	0,68	48 (42,5)	0,83	45 (39,8)	0,57
- Femmes	41 (75,9)		22 (40,7)		24 (44,4)	
Age						
- <45 ans	22 (78,6)	0,11	14 (50,0)	0,65	14 (50,0)	0,15
- De 45 à 54 ans	45 (88,2)		24 (47,1)		24 (47,1)	
- 55 ans et plus	108 (79,4)		23 (40,4)		18 (31,6)	
Type de commune d'exercice						
- Urbain	46 (75,4)	0,53	20 (32,8)	0,01	28 (45,9)	0,66
- Périurbain	36 (83,7)		26 (60,5)		18 (41,9)	
- Rural	46 (75,4)		23 (37,7)		23 (37,7)	
Activité						
- Libérale exclusive	111 (77,6)	0,95	61 (42,7)	0,75	60 (42,0)	0,80
- Mixte	18 (78,3)		9 (39,1)		9 (39,1)	
Pratique de groupe						
- Oui	87 (86,1)	0,001	47 (46,5)	0,17	40 (39,6)	0,37
- Non	40 (64,5)		22 (35,5)		29 (46,8)	
Connaissance du concept d'ET						
- Oui	94 (79,7)	0,34	50 (42,4)	0,93	43 (36,4)	0,04
- Non	35 (72,9)		20 (41,7)		26 (54,2)	
Formation sur l'ET						
- Oui	33 (82,5)	0,40	18 (45,0)	0,61	10 (25,0)	0,02
- Non	96 (76,2)		51 (40,5)		59 (46,8)	
Pratique de l'ET						
- Oui	103 (79,2)	0,48	54 (41,5)	0,61	51 (39,2)	0,28
- Non	22 (73,3)		14 (46,7)		15 (50,0)	

8. ATTENTES VIS-À-VIS DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Plus de 90,0% des médecins attendent de l'ET (pour leurs patients) des changements des comportements, une meilleure observance, une responsabilisation, la connaissance de la maladie et une amélioration de la qualité de vie (tableau 25).

D'autres attentes ont été précisées : l'amélioration des pratiques professionnelles et personnelles et la prise en compte de la balance bienfait/risque telle qu'appréciée par le patient lui-même.

Tableau 25 : Attentes de l'éducation thérapeutique

	n	%
Changement des comportements	162	97,6
Meilleure observance	161	97,0
Autonomie, responsabilisation	160	95,8
Connaissance de sa maladie	157	94,0
Amélioration de la qualité de vie	153	92,7
Dépistages, prévention des facteurs de risque et des complications	145	87,9
Approche centrée sur le patient	139	85,8
Amélioration de la relation médecin-patient	117	71,8
Économie de santé	107	64,9
Pratiques pluri professionnelles	105	66,5
Nouvelles formes d'exercices (santé globale, santé communautaire)	78	49,4
Autres	4	20,0

Un changement des comportements est significativement plus attendu par les MG et pratiquant l'ET (tableau 26). Cette attente ne diffère pas selon les caractéristiques des médecins (sexe, âge, type de commune d'exercice, activité libérale ou mixte et pratique de groupe ; résultats non présentés).

L'attente d'une meilleure observance ne diffère pas selon les caractéristiques des médecins ni selon la connaissance du concept d'ET, le suivi d'une formation sur l'ET et la pratique de l'ET.

Il en est de même pour l'attente de l'autonomie/responsabilisation et pour la connaissance de sa maladie.

L'amélioration de la qualité de vie est significativement plus attendue par les MG ayant connaissance du concept d'ET.

Tableau 26 : Attentes en fonction des caractéristiques des médecins et de la pratique de l'ET

	Changement des comportements		Meilleure observance		Autonomie, responsabilisation		Connaissance de sa maladie		Amélioration de la qualité de vie	
	Oui n (%)	p	Oui n (%)	p	Oui n (%)	p	Oui n (%)	p	Oui n (%)	p
Connaissance du concept d'ET										
- Oui	116 (99,2)	0,75	114 (97,4)	0,63	115 (97,5)	0,11	112 (94,9)	0,48	112 (95,7)	0,04
- Non	45 (93,8)		46 (95,8)		44 (91,7)		44 (91,7)		41 (85,4)	
Formation sur l'ET										
- Oui	40 (100,0)	0,57	39 (97,5)	1,00	39 (97,5)	1,00	39 (97,5)	0,45	38 (95,0)	0,73
- Non	121 (96,8)		121 (96,8)		120 (95,2)		117 (92,9)		114 (91,9)	
Pratique de l'ET										
- Oui	129 (100,0)	0,006	127 (98,5)	0,47	127 (97,7)	0,24	126 (96,9)	0,12	120 (93,7)	0,44
- Non	27 (90,0)		29 (96,7)		28 (93,3)		27 (90,0)		27 (90,0)	

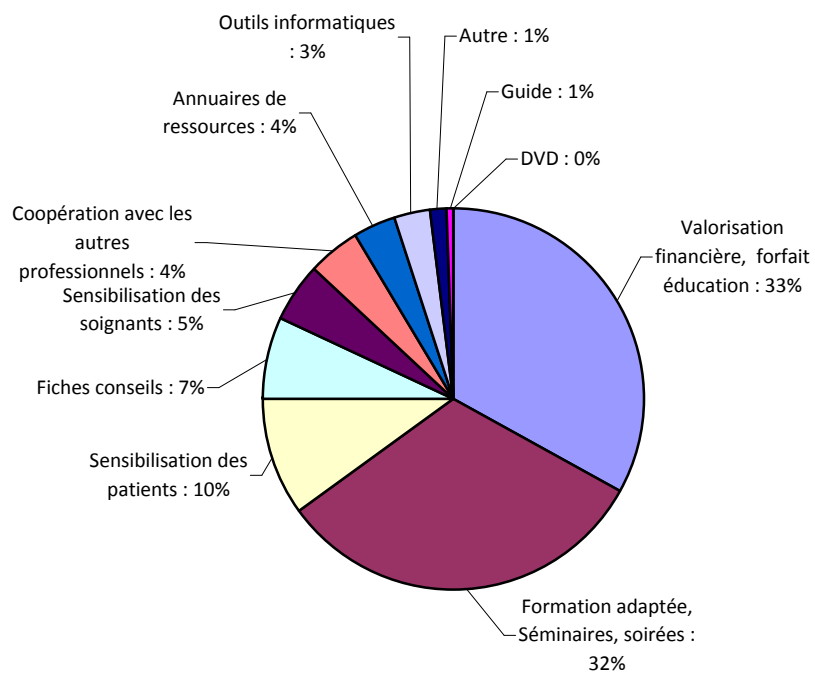
9. FACTEURS POUVANT AMÉLIORER DES ACTIONS D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Les éléments qui paraissent être les plus nécessaires pour améliorer ou réaliser des actions d'ET sont : avoir une valorisation financière ou un forfait éducation thérapeutique (33,1%) et avoir une formation adaptée, des séminaires et des soirées consacrées à l'ET (31,9%). Les autres éléments nécessaires sont : avoir une coopération avec les autres professionnels, sensibiliser les patients et disposer de fiches conseils (tableau 27 et figure 5).

Tableau 27 : Classement des éléments qui paraissent nécessaires pour améliorer ou réaliser des actions d'ET

	n°1	n°2	n°3	n°4
Valorisation financière, forfait éducation	53 (33,1)	35 (22,6)	18 (11,8)	12 (8,2)
Formation adaptée, Séminaires, soirées	51 (31,9)	33 (21,3)	17 (11,1)	15 (10,2)
Sensibilisation des patients	16 (10)	25 (16,1)	22 (14,4)	31 (21,1)
Fiches conseils	11 (6,9)	16 (10,3)	20 (13,1)	19 (12,9)
Sensibilisation des soignants	8 (5)	3 (1,9)	18 (11,8)	15 (10,2)
Coopération avec les autres professionnels	7 (4,5)	17 (11)	23 (15)	27 (18,4)
Annuaire de ressources	6 (3,8)	7 (4,5)	10 (6,5)	11 (7,5)
Outils informatiques	5 (3,1)	15 (9,7)	17 (11,1)	8 (5,4)
Autre	2 (1,3)	0	1 (0,7)	0
Guide	1 (0,6)	4 (2,6)	2 (1,3)	6 (4,1)
DVD	0	0	5 (3,3)	3 (2)

Figure 5 : Fréquence des éléments paraissant nécessaires pour améliorer ou réaliser des actions d'ET classés en 1^{ère} position



L'élément classé en 4^e position diffère selon que le MG déclare pratiquer ou non l'ET (tableau 28) : on remarque que les MG ne pratiquant pas l'ET citent plus souvent la sensibilisation des patients.

Tableau 28 : Eléments qui paraissaient nécessaires pour améliorer ou réaliser des actions d'ET selon la pratique de l'ET (% en colonne)

	N°1				N°2				N°3				N°4			
	Pratique de l'ET				Pratique de l'ET				Pratique de l'ET				Pratique de l'ET			
	Non		Oui		Non		Oui		Non		Oui		Non		Oui	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Annuaire de ressources	1	3,4%	5	4,0%	2	7,1%	4	3,3%	1	3,6%	9	7,4%	3	11,1%	8	6,9%
Autre	0	0,0%	2	1,6%	-	-	-	-	0	0,0%	1	0,8%	-	-	-	-
Coopération avec les autres professionnels	1	3,4%	6	4,8%	5	17,9%	12	9,8%	4	14,3%	19	15,7%	5	18,5%	21	18,1%
DVD	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,6%	4	3,3%	1	3,7%	1	0,9%
Fiches conseils	2	6,9%	9	7,2%	2	7,1%	14	11,5%	3	10,7%	17	14,0%	0	0,0%	18	15,5%
Formation adaptée, Séminaires, Soirées	14	48,3%	34	27,2%	6	21,4%	26	21,3%	0	0,0%	17	14,0%	4	14,8%	10	8,6%
Guide	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	4	3,3%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	6	5,2%
Outils informatiques	0	0,0%	5	4,0%	0	0,0%	14	11,5%	4	14,3%	12	9,9%	2	7,4%	6	5,2%
Sensibilisation des patients	1	3,4%	14	11,2%	4	14,3%	20	16,4%	3	10,7%	18	14,9%	10	37,0%	21	18,1%
Sensibilisation des soignants	2	6,9%	6	4,8%	1	3,6%	2	1,6%	7	25,0%	11	9,1%	2	7,4%	13	11,2%
Valorisation financière, forfait éducation thérapeutique	8	27,6%	43	34,4%	8	28,6%	26	21,3%	5	17,9%	12	9,9%	0	0,0%	12	10,3%
Total	39		125		28		122		28		121		27		116	
p		0,681				0,371				0,224				0,04		

Les trois éléments nécessaires pour améliorer ou réaliser des actions d'ET les plus cités sont : une valorisation financière/forfait éducation thérapeutique, une formation adaptée/séminaires/soirées et une sensibilisation des patients (tableau 29).

44,6% des MG pratiquant l'ET citent les fiches conseils contre seulement 23,3% des MG ne pratiquant pas l'ET et 14,3% des MG n'ayant pas communiqué le statut de leur pratique (p=0,041).

Tableau 29 : Classement des éléments qui paraissent nécessaires pour améliorer ou réaliser des actions d'ET selon leur nombre de citations et la pratique de l'ET

	Nombre de citations	Pratique de l'ET (%)		
		Non	Oui	p
Valorisation financière, forfait éducation	118	70,0	71,5	0,867
Formation adaptée, Séminaires, soirées	116	80,0	66,9	0,161
Sensibilisation des patients	94	60,0	56,2	0,701
Coopération avec les autres professionnels	74	50,0	44,6	0,594
Fiches conseils	66	23,3	44,6	0,032
Outils informatiques	45	20,0	28,5	0,346
Sensibilisation des soignants	44	40,0	24,6	0,089
Annuaire de ressources	34	23,3	20,0	0,684
Guide	13	0,0	9,2	0,084
DVD	8	6,7	3,9	0,496
Autre	3	0,0	2,3	0,401

SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Le taux de participation de 28,0% s'inscrit dans les taux obtenus habituellement dans ce type d'enquête. On note qu'il est plus élevé chez les MG installés en zone rurale (37,0%). Ces derniers ont une activité importante (55,7% travaillent 50 heures ou plus et 57,1% effectuent 110 actes ou plus par semaine). De plus, ils ont les proportions les plus élevées de patients en ALD (27,1%), de patients âgés de plus de 59 ans (31,3%) et de patients présentant des pathologies chroniques (42,7%), c'est-à-dire ceux pour lesquels l'ET est indiquée.

71,1% des MG connaissent le concept d'ET et plus de 80% déclarent « la pratiquer », pour autant, moins d'un quart ont une trace écrite de leurs actions d'ET.

Même si l'ET est pratiquée plus fréquemment par les MG formés et connaissant les concepts, les autres médecins (non formés et ne connaissant pas les concepts) sont largement majoritaires à considérer mettre en œuvre l'ET dans leur pratique.

Elle se déroule majoritairement dans le cadre de l'exercice habituel du MG : 61,5% des MG la réalisent seuls, 95,4% lors d'une consultation habituelle et 99,2% au cabinet. Rappelons qu'il n'y a pas dans les recommandations de cadre défini pour la réalisation de l'ET mais que les recommandations incitent fortement à la coordination des interventions et des professionnels de santé afin de placer le patient au centre de la prise en charge⁶. Quasiment la moitié des MG le font.

Parmi les 130 MG déclarant « pratiquer l'ET », seuls 32 (24,6%) ont suivi une formation sur l'ET. De plus le niveau de formation n'a pas été précisé : le premier niveau⁷ permet de former des professionnels de santé afin qu'ils puissent faire de l'éducation thérapeutique dans leur activité quotidienne auprès de leurs patients atteints de maladies chroniques et le deuxième niveau⁸ permet de les former afin qu'ils puissent coordonner, initier, évaluer des programmes au sein de leurs structures.

Les premières étapes de la mise en place d'une ET, la sensibilisation et l'information du patient, sont réalisées par la totalité des MG déclarant pratiquer l'ET. Ceci est cohérent puisque le MG est un des premiers professionnels de santé auprès duquel le patient demandera conseil. Bien que l'étape d'information soit indispensable, elle n'équivaut pas à une ET et ne se suffit pas en elle-même⁹.

Les autres activités et étapes d'ET sont moins fréquemment mises en œuvre par le MG. En effet, ce dernier n'est pas le seul à pouvoir la réaliser puisqu'elle peut être mise en œuvre par : tout professionnel de santé impliqué dans la prise en charge d'un patient ayant une maladie chronique, une équipe multi-professionnelle formée à l'ET ou les patients eux-mêmes au sein de séances collectives¹⁰.

⁶ Éducation thérapeutique du patient – Mise en œuvre dans le champ des maladies chroniques, HAS, Juin 2007

⁷ Cahier des charges pour une formation de premier niveau en éducation thérapeutique des patients (ETP) atteints de pathologie(s) chronique(s), URCAM de Franche-Comté

⁸ Cahier des charges pour une formation de deuxième niveau à l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) (diplôme universitaire), URCAM de Franche-Comté

⁹ L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions – réponses, HAS, INPES, 2007

¹⁰ Éducation thérapeutique du patient – Définition, finalités et organisation, HAS, Juin 2007

Les étapes de première ligne de l'ET que les MG sont le plus susceptibles de réaliser sont l'apprentissage, l'analyse des besoins éducatifs (incontournable) et la planification d'un programme éducatif^{11, 12}. 20 MG ne réalisent que les étapes d'information, d'analyse des besoins éducatifs et de définition d'objectifs personnalisés. Et seuls 7 MG mettent en œuvre la totalité des étapes de la démarche d'ET.

Le moyen pédagogique le plus utilisé par les MG est l'entretien individuel (97,7%) puis vient l'utilisation de supports écrits/documents/brochures/livrets (69,5%). Les MG utilisent des supports d'autant plus variés qu'ils ont été formés à l'ET. 41,3% des MG s'occupent de l'apprentissage de techniques. Cette faible proportion pourrait venir du fait que les spécialistes sont souvent plus à même de les enseigner aux patients (par exemple, l'utilisation d'un stylo ou d'une pompe à insuline).

Il est également ressorti de cette étude que les pathologies pour lesquelles l'ET est la plus souvent mise en place sont le diabète, l'hypertension artérielle et l'asthme. Les formations sur l'ET les plus suivies sont celles concernant ces pathologies. Les mêmes constats sont à faire pour le type de ressources locales connues (surtout pour le diabète) et l'utilisation de référentiels.

Effectivement, le diabète de type 1, la cardiologie et l'asthme pédiatrique sont des domaines pour lesquels l'ET semble offrir des résultats cliniques et économiques avérés¹³ et sont fréquemment le point d'entrée des régions françaises dans l'ET¹⁴. C'est probablement dans cette logique, que les rédacteurs du rapport présenté en 2008 à la Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, proposaient que les pathologies prioritaires dans la première phase de mise en œuvre de l'ET au niveau national soient le diabète, les pathologies cardio-vasculaires, l'asthme et le VIH¹⁵.

Les principaux freins à l'ET exprimés par les MG sont le manque de temps, de financement adapté et de connaissances et formation. Ceci correspond aux principaux éléments jugés nécessaires à l'amélioration et à la réalisation de l'ET : une valorisation financière/un forfait éducation thérapeutique et une formation adaptée/des séminaires/des soirées. Enfin, les principales attentes de l'ET des MG concernent directement leurs patients : ils espèrent ainsi de leur part des changements de comportements, une meilleure observance et une responsabilisation. Ces attentes expliquent d'ailleurs que le 3^{ème} élément perçus par les médecins comme pouvant faciliter leur pratique d'ET soit « la sensibilisation des patients ».

¹¹ Santé Publique, Volume 19 N°4 Juillet-Août 2007 – Le développement de l'éducation thérapeutique en France : proposition pour une intégration durable dans le système de soins, GRENIER B., BOURDILLON F., GAGNAYRE R.

¹² Éducation thérapeutique du patient – Comment la proposer et la réaliser ?, HAS, Juin 2007

¹³ L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques – Analyse économique et organisationnelle, HAS, Février 2008

¹⁴ Santé Publique, Volume 19 N°4 Juillet-Août 2007 – Le développement de l'éducation thérapeutique du patient au sein des régions françaises, BAUDIER F., PRIGENT A., LÉBOUBE G.

¹⁵ Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient, SAOUT C., CHARBONNEL B., BERTRAND D., Septembre 2008

On observe au total que la plupart des MG considèrent mettre en œuvre de l'ET dans leur pratique courante, qu'ils soient ou non formés et familiers du concept.

L'ET reste cependant pour nombre d'entre eux cantonnée à l'étape d'information et centrée sur l'entretien individuel.

L'une des conditions pour aller plus loin dans le développement de l'ET passe pour les MG par la formation et le développement de financements adaptés permettant de compenser le temps nécessaire à sa mise en œuvre.