



HAL
open science

Éducation thérapeutique du patient et médecine générale : étude chez 301 médecins généralistes en Gironde

Brice Train

► **To cite this version:**

Brice Train. Éducation thérapeutique du patient et médecine générale : étude chez 301 médecins généralistes en Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01635854

HAL Id: dumas-01635854

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01635854>

Submitted on 15 Nov 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2017

Thèse N°188

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 9 novembre 2017

Par TRAIN Brice

Né le 20 février 1985 à BLAYE (33)

**ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT
ET MÉDECINE GÉNÉRALE:**

Étude chez 301 médecins généralistes en Gironde

Directeur de thèse: Monsieur le Professeur Patrick Mercié

Rapporteur de thèse: Monsieur le Docteur Paul Coulon

Devant le jury composé de

Monsieur le Professeur Jean-Luc PELLEGRIN.....**Président du jury**
Monsieur le Professeur Patrick MERCIÉ.....**Directeur de thèse**
Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH.....**Membre du jury**
Monsieur le Professeur Bogdan NICOLESCU-CATARGI.....**Membre du jury**
Monsieur le Docteur Thomas BACHELET.....**Membre du jury**
Madame Delphine COURALET.....**Membre invité**

REMERCIEMENTS

À mon Président de jury,

Monsieur le Professeur Jean-Luc PELLEGRIN,

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À mon jury de thèse,

Monsieur le Professeur Bogdan NICOLESCU-CATARGI

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail et de l'honneur que vous me faites en acceptant de le juger. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Thomas BACHELET

Vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse. Merci de la disponibilité dont vous faites preuve. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

À mon rapporteur de thèse,

Monsieur le Docteur Paul Coulon

Je te remercie grandement pour l'intérêt que tu as porté à mon travail ainsi que pour la disponibilité et la réactivité dont tu as fait preuve pour effectuer cette relecture me permettant de soutenir ma thèse.

À mon directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Patrick MERCIÉ

Je vous exprime ma plus grande reconnaissance pour m'avoir proposé ce sujet ainsi que de m'avoir accompagné dans sa réalisation en y apportant vos nombreux conseils et corrections pour le rendre meilleur. Cela fût un long travail mais très intéressant et enrichissant à réaliser.

Je vous remercie également pour m'avoir accueilli avec bienveillance dans votre service. J'en garde un excellent souvenir et y ai bénéficié d'une formation extrêmement bénéfique que je souhaiterais à tout interne.

À Delphine Couralet,

Je vous remercie grandement pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Votre expérience et implication aura été précieuse pour mieux cibler notre travail et le rendre plus intéressant.

Vous avez fait part d'une grande détermination dans la réalisation du questionnaire ainsi que la relecture de ce travail permettant de me rassurer sur la bonne voie prise pour ce projet.

À Florence,

Je te remercie pour ton éclairage sur la réalisation des statistiques les rendant accessibles à un non-initié.

À mes parents,

Tout ce que vous m'avez apporté ne se réduit pas uniquement à de l'amour, vous avez été présents à mes côtés au cours de ces longues études afin de me soutenir et surtout de me permettre de réaliser mes rêves. C'est grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui.

Vous m'avez transmis des valeurs de travail importantes comme la curiosité, l'envie d'apprendre ainsi que de ne jamais lâcher.

Merci pour tous les bons moments passés et à venir.

À ma soeur,

Il est loin le temps où je t'appelais « Yaya ». Beaucoup de bons moments sont passés depuis, de jeux, de bêtises, de diverses aventures... Tu as toujours été une grande soeur protectrice et présente pour moi.

C'est toujours un bonheur de passer du temps avec Nico et toi.

À Nico pour ces bonnes soirées et longues discussions toujours intéressantes. C'est un bonheur que tu fasses partie de la famille. Tu es certainement celui qui incarne le plus la sagesse !

À mon petit neveu Noé, qui démontre chaque jour sa vitalité et son infatigabilité. Bien qu'usant ses parents, cela a surtout le mérite de montrer aux adultes l'ayant oublié que les meilleurs moments de la vie restent ceux procurés par l'amusement.

À Laura,

Après toutes ces aventures que l'on a vécu ensemble, en voici une nouvelle d'achevée. Ce n'était certes pas la plus plaisante mais j'attends avec impatience toutes celles qui suivront car c'est toujours un bonheur de les accomplir à tes côtés. Tu m'apportes au quotidien ton amour et ton soutien qui me sont indispensables pour me sentir bien et avancer y compris dans les moments difficiles. Te remercier pour cela restera bien réducteur de ce que tu représentes pour moi mais nous profiterons de nos nouvelles aventures pour le montrer.

À ma famille,

À mes grands-parents qui ont contribué à faire de moi un de leurs heureux « petit-enfants ». La vie n'a pas permis que vous assistiez tous à ce moment ce qui ne m'empêchera pas de penser à vous.

À mes oncles et tantes pour leur gentillesse, leur bienveillance ainsi que leur talent pour rendre les moments passés ensemble meilleurs. Malheureusement, la vie m'empêche de parler de tous au présent.

À la grande équipe de cousins et cousines (Mickael, Delphine, Manu, Mylène, Jonathan, Bastien, Marion, Anaël, Maëva...) qui ont grandement contribué à passer une enfance heureuse et bien au-delà ! On ne compte plus les bêtises et aventures réalisées avec brio ensemble. C'est toujours un plaisir de se réunir et j'attends avec impatience nos prochaines virées.

À la petite équipe des « petits-cousins » (Noé, Robin, Léane, Éva) qui montre déjà son talent pour les bêtises !

À ma belle famille,

Merci pour la gentillesse dont vous faites preuve, votre bienveillance et votre soutien.

À mes amis d'école,

Aux amis d'enfance (Manu, Clément, Mathieu, Fred, Béné, Thomas, Justine...), avec qui il est facile de se rappeler de bons souvenirs passés ensemble. Les occasions de se voir se font rares depuis que la vie nous a dispersé aux 4 coins de la France voire de l'Europe, mais cela reste toujours avec plaisir.

À Seb *alias* « Fiorèse », toujours prêt pour faire une soirée, ainsi que Julien et Benjamin.

À mes amis de médecine,

À mes premières co-internes Marlène et Anaïs. Ce fût un plaisir de découvrir l'internat avec vous dans la bonne ambiance au milieu de cette belle équipe de gériatrie de Saint-Jean de Luz.

À mes co-internes des urgences de Marmande (Jérémie, Thomas et Aurélie) pour ce semestre chargé passé ensemble mais toujours dans la bonne humeur.

Aux voisins Villeneuvois (Tim et Marie, Simon) connus grâce à Laura et devenus des amis avec qui il est toujours un plaisir de se retrouver.

Aux Palois qui ont permis de laisser une belle empreinte dans les souvenirs de ce semestre (Xabi l'éternel râleur qui a formé une colloc de choc avec Simon, Guim toujours affamé de victoires malgré les succès, à Marie pour sa patience)

À la fameuse équipe dacquoise 2013 (Damien l'éternel aventurier avec sa Marion, JB le calédonien dont on a la fâcheuse habitude de toujours oublier le vrai prénom, Marie la reine des quizz et son inséparable Lucie, Yoyo le surfeur réunionnais, Talal le danseur et sa Chacha, John devenu depuis Palois...). Ce fût un semestre formidable laissant des souvenirs mémorables. Mais ce qui est bien avec vous c'est que vous êtes toujours partant pour en créer de nouveaux !

Aux nombreux co-internes de la pédiatrie de Bayonne ainsi que les voisins gynécos pour ce super semestre passé ensemble.

A la superbe équipe de Saint-André (Thomas *alias* « le parisien » qui essaie toujours de nous convaincre qu'il est Bayonnais, Stéphanie *alias* « passe-partout » qui poursuit avec brio notre lutte de Libourne (Courage !), Audrey *alias* « pioupioutte » dont on entendra toujours résonner ses rires, Élodie *alias* « pitbull » dont on entendra toujours résonner ses râleries, Julien *alias* « Grayon », Mathieu *alias* « Chang », Tarik *alias* « Ricky »). C'est un plaisir de vous avoir tous rencontrés. Ce semestre restera un excellent souvenir et c'est toujours un bonheur de se retrouver. Merci également aux chefs (Pierre, Emmanuel, M. Mercié) qui auront prouvé que l'on peut concilier travail bien fait et excellente ambiance. Mention particulière à notre chef de clinique Charlie, tu as su nous supporter tout en nous guidant. Ce fût un plaisir de faire ta connaissance et ça l'est tout autant de se revoir avec Arnaud.

À toutes les autres personnes rencontrées durant les études à des moments divers (Gaët et Célia, Guillaume, p'tit Romain, Jo, Romain et Aurélie, Fred, Psycho...) ayant permis de les rendre plus agréables et surmontables. Malgré la charge de travail je garde pleins de bons souvenirs en tête et c'est toujours un plaisir d'en créer d'autres ensemble !

À l'ensemble des équipes médicales et para-médicales rencontrées durant mon internat qui ont permis de le rendre très agréable et enrichissant !

Aux personnes rencontrées en post-internat,

Merci à l'équipe de Libourne pour cette année passée ensemble dans la bonne humeur. Merci particulièrement à mes anciens internes (Amélie, Aliénor, Michel, Marion et Claire), avec qui ce fût véritablement plaisant et stimulant de travailler. A votre tour pour la thèse !

Merci à l'équipe du Tondu pour la bonne humeur quotidienne qui permet de rendre le travail plus agréable !

Table des matières

Remerciements	2
Table des matières	7
Liste des tableaux	13
Liste des figures	14
Listes des abréviations	15
Introduction	16
Éducation thérapeutique: Généralités	18
I. Définitions préalables	18
A. La santé	18
1. Définition de la santé.....	18
2. Promotion de la santé.....	18
B. Prévention de la maladie	20
C. Concept d'éducation	20
1. Éducation pour la santé.....	20
2. Éducation du patient à sa maladie.....	21
3. Éducation thérapeutique du patient.....	21
II. L'éducation thérapeutique du patient	22
A. Modèle théorique	22
B. Historique de l'ETP	23
C. Finalité de l'ETP	28
1. Autonomie.....	28
2. Acquisition de compétences.....	28
D. Mise en place d'un programme d'ETP	29
1. Personnes pouvant bénéficier d'un programme d'ETP.....	29
2. Éléments constitutifs de l'ETP.....	29
E. Enjeux et limites de l'ETP	30
1. Critères de qualité d'un programme d'ETP.....	30
2. Efficacité de l'ETP.....	31
3. Limites de l'ETP.....	32
III. Le médecin généraliste et l'ETP	33
A. Définition	33
B. La place du médecin généraliste dans l'ETP	34

C. L'ETP au cabinet.....	35
IV. Le médecin généraliste et les réseaux de santé.....	35
A. Historique.....	36
B. Évaluation des réseaux de santé.....	38
C. Place du médecin généraliste dans les réseaux de santé.....	39
V. L'ETP en Gironde.....	40
A. Programmes d'ETP en Gironde.....	40
1. Données principales.....	40
2. Chercher un programme d'ETP.....	41
a. Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé (OSCARS).....	41
b. Liste officielle HAS.....	42
B. Principaux acteurs du développement de l'ETP en Gironde.....	42
1. Instance Régionale d'Éducation et de la Promotion de la Santé Nouvelle- Aquitaine (IREPS).....	42
2. Centre d'Éducation Thérapeutique de Bordeaux Aquitaine (CETBA).....	43
3. Plateforme Aquitaine pour des Compétences en Éducation du Patient (PACE)	44
4. CHU de Bordeaux.....	45
C. Formation à l'ETP.....	46
Matériels et Méthodes.....	47
I. Question de recherche.....	47
II. Population cible.....	47
III. Méthode de recueil des données.....	48
A. Élaboration du questionnaire.....	48
B. Diffusion du questionnaire.....	49
C. Réception des réponses.....	50
IV. Méthode d'analyse des données.....	50
Résultats.....	51
I. Taux de participation.....	51
II. Caractéristiques des médecins.....	51
1. Genre.....	51
2. Âge.....	52
3. Ancienneté d'installation.....	52
4. Lieu d'exercice.....	53

5. Mode d'exercice.....	53
6. Temps de travail hebdomadaire.....	54
7. Réalisation d'une activité dans une autre structure.....	54
III. Représentation de l'ETP.....	55
1. Attente vis-à-vis des programmes.....	55
2. Profil des patients.....	58
IV. Expérience avec les programmes ETP.....	58
1. Orientation vers des programmes ETP.....	58
2. Nombre de patients adressés.....	59
3. Réticences des patients.....	60
4. Maladies chroniques concernées.....	61
5. Raisons de la non utilisation des programmes ETP.....	61
V. Inscription à des programmes ETP.....	65
1. Circonstances d'inscription.....	65
2. Procédures d'inscription.....	67
VI. Suivi des patients au cours d'un programme d'ETP.....	69
1. Modalités d'inscription.....	69
2. Attentes vis-à-vis des échanges avec les centres ETP.....	69
3. Expériences sur les échanges réalisés avec les centres.....	70
4. Évaluation des échanges avec les centres.....	71
VII. Réalisation de l'ETP au cabinet.....	72
1. Pratique de l'ETP au cabinet.....	72
2. Modalités de l'ETP au cabinet.....	73
3. Méthodes et outils pédagogiques.....	75
4. Aides au développement de l'ETP au cabinet.....	77
VIII. Formation à l'ETP.....	78
1. Sensibilisation à l'ETP.....	78
2. Formation à l'ETP.....	79
3. Formation officielle à l'ETP.....	79
4. Information dispensée aux médecins généralistes sur l'ETP.....	80
5. Idées d'amélioration.....	81
6. Participation à des programmes d'ETP.....	82
7. Contribution à des programmes d'ETP.....	83

Discussion.....	84
Analyse critique de la méthodologie.....	84
I. Taux de participation.....	84
II. Représentativité.....	85
A. Genre.....	85
B. Âge moyen.....	85
III. Biais de recrutement.....	85
IV. Biais de sélection.....	86
V. Questionnaire.....	86
VI. Validité interne.....	86
Discussion des résultats.....	87
I. Coopération entre médecins généralistes et centres ETP.....	87
A. Sollicitation des centres ETP par les médecins généralistes.....	87
1. Orientation vers un centre d'ETP.....	87
a. Orientation des patients.....	87
b. Nombre de patients orientés.....	88
c. Types de pathologies concernées.....	88
d. Circonstances d'entrée dans un programme d'ETP.....	88
2. Freins liés au médecin.....	89
a. Méconnaissance de l'offre locale en ETP.....	89
b. Méconnaissance de l'ETP.....	90
c. Réalisation de l'ETP par le médecin traitant.....	91
d. Désintérêt pour l'ETP.....	91
3. Freins liés au patient.....	92
a. Profil des patients.....	92
b. Manque de temps.....	92
c. Incompréhension de l'ETP.....	93
d. Éloignement géographique des centres ETP.....	93
e. Confiance des patients en leur autogestion.....	93
4. Conclusion concernant la sollicitation des centres d'ETP par les médecins généralistes.....	94
B. Communication entre médecins généralistes et centres ETP.....	94
1. Communication des centres ETP envers les médecins généralistes.....	94
a. Communication réellement réalisée par les centres ETP.....	94
b. Communication telle qu'elle devrait être faite.....	95

2.	Satisfaction des médecins traitants.....	95
3.	Conclusion concernant la communication entre les médecins généralistes et les centres d'ETP.....	96
II.	Information reçue par les médecins traitants sur l'ETP et les centres acteurs en ETP.....	97
A.	Information en ETP.....	97
1.	Connaissance des médecins en ETP.....	97
a.	Attentes en ETP.....	97
b.	Un cadre légal méconnu.....	97
c.	Confusion entre éducation pour la santé et ETP.....	99
d.	Méconnaissance des méthodes et outils pédagogiques.....	100
e.	Une connaissance de l'ETP incomplète de la part des médecins généralistes.....	100
2.	Information reçue de la part des médecins sur l'ETP.....	101
a.	Sensibilisation à l'ETP.....	101
b.	Formation à l'ETP.....	102
c.	Évaluation de l'information reçue en ETP.....	103
3.	Conclusion sur l'information reçue sur l'ETP.....	103
B.	Information sur les centres ETP.....	104
III.	Propositions pour améliorer la coopération entre médecins généralistes et centres ETP.....	105
A.	Procédures d'inscription.....	105
1.	Évaluation des médecins sur les procédures actuelles.....	105
2.	Souhaits des médecins généralistes.....	106
3.	Conclusion sur les procédures d'inscription.....	106
B.	Suivi du patient lors d'un programme ETP.....	107
C.	Implication des médecins.....	108
1.	Formation.....	108
2.	Contribution des médecins généralistes.....	108
3.	Aides à la contribution des médecins traitants.....	109
a.	Valorisation financière.....	109
b.	Temps libre.....	110
c.	Coopération avec les réseaux.....	110
D.	Synthèse des propositions d'amélioration.....	111

Conclusion.....	112
Bibliographie.....	114
Annexes.....	126

Liste des tableaux

Tableau 1. Modèle de santé d'après Bury

Tableau 2. Attentes des médecins envers l'ETP

Tableau 3. Orientation de patients vers des programmes ETP

Tableau 4. Méconnaissance des réseaux ETP

Tableau 5. Méconnaissance de l'ETP

Tableau 6. ETP réalisée par le médecin traitant

Tableau 7. Circonstances d'inscription à un programmes d'ETP

Tableau 8. Évaluation de la connaissance des programmes ETP

Tableau 9. Réalisation de l'ETP au cabinet

Tableau 10. Modalités de l'ETP au cabinet

Tableau 11. Méthodes et outils pédagogiques utilisés au cabinet

Tableau 12. Évaluation de l'information en ETP dispensée aux médecins
généralistes

Tableau 13. Participation à des programmes d'ETP

Liste des figures

- Figure 1.** Représentation de la place de l'ETP par Alain Deccache
- Figure 2.** Répartition des médecins en fonction du genre
- Figure 3.** Répartition des médecins en fonction de l'âge
- Figure 4.** Répartition des médecins en fonction de l'ancienneté d'installation
- Figure 5.** Répartition des médecins en fonction du lieu d'exercice
- Figure 6.** Répartition des médecins en fonction du mode d'exercice
- Figure 7.** Répartition des médecins en fonction du travail hebdomadaire
- Figure 8.** Répartition des médecins selon la pratique dans une autre structure
- Figure 9.** Répartition des médecins exerçant dans une autre structure
- Figure 10.** Attentes vis-à-vis des programmes ETP
- Figure 11.** Influence du profil des patients
- Figure 12.** Nombre de patients orientés
- Figure 13.** Réticences des patients
- Figure 14.** Maladies chroniques concernées
- Figure 15.** Raisons de la non utilisation des programmes ETP
- Figure 16.** Circonstances d'inscription à un programme d'ETP
- Figure 17.** Évaluation des procédures d'inscription
- Figure 18.** Modalités d'inscription
- Figure 19.** Attente des échanges envers les centres ETP
- Figure 20.** Expériences concernant les échanges avec les centres
- Figure 21.** Évaluation de la qualité des échanges avec les centres
- Figure 22.** Modalités de l'ETP au cabinet
- Figure 23.** Méthodes et outils pédagogiques utilisés au cabinet
- Figure 24.** Aides au développement de l'ETP au cabinet
- Figure 25.** Sensibilisation à l'ETP
- Figure 26.** Formation à l'ETP
- Figure 27.** Formation officielle à l'ETP
- Figure 28.** Évaluation de l'information dispensée aux médecins généralistes sur l'ETP
- Figure 29.** Idées d'amélioration en ETP
- Figure 30.** Contribution à des programmes ETP

Liste des abréviations

- AFCI:** Association de Formation Continue des Infirmiers
- ALD:** Affection de Longue Durée
- ARS:** Agence Régionale de Santé
- BPCO:** Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
- CA3D:** Centre Aquitain pour le Développement de la Dialyse à Domicile
- CFPPS:** Centre de Formation Permanente des Professionnels de Santé
- CCECQA:** Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine
- CDOM:** Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
- CEID:** Comité d'Étude et d'Informations sur la Drogue et les addictions
- CETBA:** Centre d'Éducation Thérapeutique de Bordeaux Aquitaine
- EPU:** Enseignement Post-Universitaire
- ETP:** Éducation Thérapeutique du Patient
- FDR:** Facteurs de risque
- FNES:** Fédération Nationale d'Éducation et de la promotion de la Santé
- FMC:** Formation Médicale Continue
- HAS:** Haute Autorité de Santé
- loi HPST:** loi Hôpital Patients Santé et Territoires
- INSEE:** Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- INPES:** Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
- IREPS:** Instance Régionale d'Éducation et de la Promotion de la Santé Nouvelle-Aquitaine
- MSP:** Maison de Santé Pluridisciplinaire
- OMS:** Organisation Mondiale de la Santé
- OSCARS:** Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé
- RE2A:** Réseau Éducation Asthme Allergies Aquitaine
- PACE:** Plateforme Aquitaine pour des Compétences en Éducation du patient
- PPS:** Plan Personnalisé de Santé
- RéPOP:** Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique
- URML:** Union Régionale des Médecins Libéraux
- URPS:** Union Régionale des Professionnels de Santé infirmiers
- UTEP2A:** Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique du Patient Ambulatoire Aquitaine
- WONCA:** World Organization of Family Doctor

Introduction

La fréquence des maladies chroniques en France représente environ 15 millions de personnes (1). En 2014 on comptabilisait 11,3 millions de personnes bénéficiant d'une prise en charge d'une affection longue durée (ALD) (2).

Sur le plan économique, la prise en charge des maladies chroniques est un défi majeur pour notre système d'assurance maladie. Ainsi en 2013, 89,3 milliards d'euros étaient consacrés à la prise en charge des ALD (2).

Au cours des deux dernières décennies, il est apparu une volonté politique de faire de l'éducation thérapeutique l'une des priorités en matière de santé publique. Le cadre légal de l'éducation thérapeutique (ETP) s'est alors développé progressivement pour aboutir à une définition plus précise dans la loi de 2009 concernant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) (3).

Depuis un peu moins d'une décennie, l'ETP se développe donc sous forme essentiellement collective, au sein de programmes structurés, d'établissements hospitaliers et de réseaux de prise en charge des maladies chroniques. Mais devant le nombre grandissant de patients concernés, l'éducation thérapeutique ne peut être assurée par ces seules structures. La participation des médecins généralistes, coordinateurs de la prise en charge des patients, est logique et nécessaire (4). Assurer la prise en charge des situations chroniques fait partie des missions du médecin généraliste (3).

Cependant, différentes études semblent mettre en avant le manque de connaissance des médecins généralistes sur l'éducation thérapeutique. Ils en ont une représentation floue, plus proche de l'information, d'un enseignement portant sur les connaissances, que de l'autonomisation du patient avec la prise en compte de ses représentations (5-10).

Il semble ainsi exister chez l'ensemble des médecins généralistes, le sentiment de réaliser de l'éducation thérapeutique auprès de leurs patients, tout en y percevant de nombreux freins (5, 8-16).

En revanche, peu d'études explorent réellement le recours qu'ils ont aux différents programmes d'ETP existants dans leur secteur, leurs attentes par rapport à ces programmes, leur communication avec les centres...

Il semble cependant se dégager de ces quelques études une méconnaissance des réseaux existants (7), un manque de temps pour inscrire leurs patients (9,15,17) ou encore un refus de ceux-ci d'y participer (15,17).

S'il existe un guide méthodologique d'aide à la structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques (18), édité par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), il ne concerne que la structuration d'un programme pour une organisation d'éducation thérapeutique collective. Il n'existe en revanche pas de guide concernant l'attitude à adopter du médecin généraliste vis-vis de l'éducation thérapeutique pour leurs patients, à savoir sa contribution possible ou les circonstances et démarches pour adresser un patient à un programme existant.

L'objectif de notre travail a donc été de réaliser une étude pour évaluer le degré d'implication des médecins généralistes dans l'orientation de leurs patients vers des programmes d'ETP, et de la qualité de la communication qu'ils ont avec les centres d'éducation thérapeutique. Dans le même temps, nous avons essayé de mettre en avant des dysfonctionnements de cette coopération entre médecins généralistes et les centres d'éducation thérapeutique, afin d'apporter des propositions d'amélioration dans le cadre du parcours d'éducation thérapeutique des patients porteurs de maladies chroniques.

Éducation thérapeutique: Généralités

I. Définitions préalables

A. La santé

1. Définition de la santé

Avec la création de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le 7 avril 1948, le droit à la santé devient pour la première fois un droit fondamental de la personne humaine. La définition de la santé dans le préambule de la constitution publiée le 22 juillet 1946 est présentée sous une approche positive. Elle est présentée comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne constitue pas une absence de maladie ou d'invalidité* » (19).

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé en 1986 (20) précise que « *la santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques.* » Elle y rappelle les conditions préalables indispensables à toute amélioration de la santé.

Cette vision positive marque une rupture avec le modèle de la santé négative, qui est lié au modèle biomédical, au sein duquel la prise en charge est centrée sur la maladie, la santé étant alors définie par une absence de maladie.

2. Promotion de la santé

Le terme de « promotion de la santé » a fait son apparition dans les publications et le langage de santé publique dans les années 1970. En France, il a été utilisé dès 1982 dans le vocabulaire de la politique de santé. La formulation de la Charte d'Ottawa de 1986 par l'OMS a permis à la promotion de la santé d'être reconnue et mise en pratique au niveau mondial. Elle y est définie comme un « *processus qui confère aux populations les*

moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci » (21).

C'est une approche globale, qui vise le changement des comportements mais aussi des environnements relatifs à la santé, via une gamme de stratégies individuelles et environnementales. La promotion de la santé a aussi comme ambitieux programme la réduction des inégalités sociales et une plus grande accessibilité aux ressources disponibles.

La **Charte d'Ottawa** propose cinq axes d'intervention:

- 1. élaboration de politiques pour la santé*
- 2. création d'environnements favorables*
- 3. renforcement de l'action communautaire*
- 4. acquisition d'aptitudes individuelles*
- 5. réorientation des services de santé*

La **déclaration de Jakarta** sur la promotion de la santé au XXI^e siècle (22) rappelle l'efficacité d'une telle politique.

« Les travaux de recherche et les études de cas effectués un peu partout dans le monde fournissent des éléments attestant que la promotion de la santé a une réelle efficacité. Les stratégies de promotion de la santé peuvent créer et modifier les modes de vie, ainsi que les conditions sociales et économiques, et de l'environnement qui déterminent la santé. La promotion de la santé est une approche concrète pour instaurer plus d'équité en matière de santé. »

Pour optimiser la promotion de la santé, elle propose 5 priorités:

- 1. promouvoir la responsabilité sociale pour la santé*
- 2. augmenter les investissements pour le développement sanitaire*
- 3. développer les partenaires pour la promotion de la santé*
- 4. accroître les capacités des communautés et donner des moyens d'agir aux individus*
- 5. mettre en place une infrastructure de promotion de la santé*

B. Prévention de la maladie

Selon l'OMS (21), « *la prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences.* »

Classiquement on y distingue trois types:

1. **la prévention primaire:** vise à empêcher l'apparition d'une maladie
2. **la prévention secondaire:** vise à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie et ses effets par le dépistage précoce et un traitement approprié
3. **la prévention tertiaire:** vise à réduire le risque de rechute et de chronicité, au moyen d'une réadaptation efficace, par exemple

C. Concept d'éducation

1. Éducation pour la santé

L'éducation pour la santé s'inscrit dans cette démarche de promotion de la santé selon l'OMS dans la Charte d'Ottawa (20). Elle se définit comme la « *création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés* » (23). Elle vise à encourager l'adoption de comportements favorables à la santé et se distingue donc de l'information pour la santé.

L'éducation pour la santé concerne toute la population, comme le rappelle le plan national d'éducation pour la santé. « *L'éducation pour la santé a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité. (...) Elle s'adresse à la population dans toute sa diversité avec le souci d'être accessible à chacun. (...) L'éducation pour la santé aide chaque personne, en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses compétences, à comprendre l'information et à se l'approprier pour être en mesure de l'utiliser dans sa vie* » (24).

Par la suite, l'article L-1171-1 de la loi HPST du 21 Juillet 2009 (3) précise quelques champs d'action de l'éducation pour la santé. Elle « contribue à la mobilisation des moyens nécessaires pour soutenir des actions individuelles ou collectives destinées à développer des comportements favorables à la santé. Ces actions contribuent notamment à la promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique et sportive ainsi qu'à la lutte contre les addictions ».

2. Éducation du patient à sa maladie

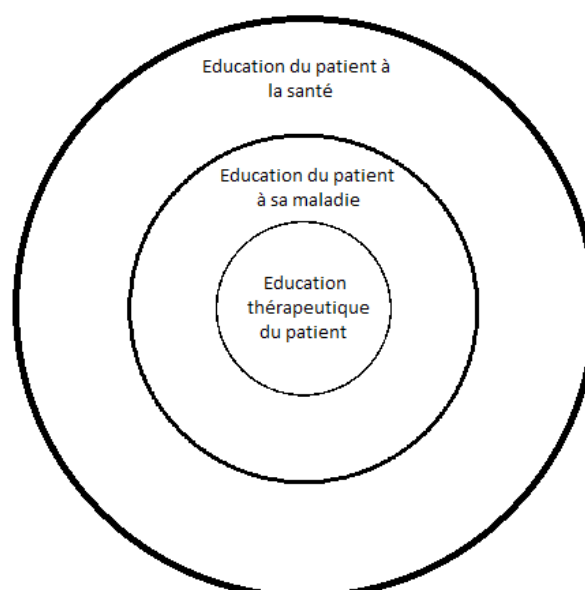
Si l'éducation pour la santé concerne toute la population, l'éducation du patient à sa maladie s'intéresse aux seuls comportements du patient face à sa maladie. Il y est évoqué son traitement ainsi que la prévention des complications et rechutes. Mais elle s'intéresse également à l'acceptation et à la gestion par le patient de son état avec l'ensemble de ses problèmes quotidiens.

3. Éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient fait partie de l'éducation pour la santé et plus précisément de l'éducation du patient à la maladie.

Voici un schéma représentant la position très spécifique de l'ETP au sein de l'éducation du patient à la santé:

Figure 1. Représentation de la place de l'ETP par Alain Deccache (25)



En 1996, le bureau régional pour l'Europe de l'OMS a donné la définition de l'éducation thérapeutique (23) qui a été reprise par l'HAS (26):

L'éducation thérapeutique du patient a pour but « *d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psycho-social, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Cela a pour but de les aider (ainsi que leur famille) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.* »

II. L'éducation thérapeutique du patient

A. Modèle théorique

La notion d'éducation dans la santé s'est développée dans les années 70 avec l'apparition du modèle bio-psycho-social décrit par Bury. L'éducation va progressivement remplacer l'information (Tableau 1).

Tableau 1. Modèle de santé d'après Bury (25)

	Modèle Biomédical	Modèle Bio-psycho-social
Modèle	Modèle fermé	Modèle ouvert
Concept de maladie	Maladie organique	Maladie résulte de facteurs complexes organiques, humains et sociaux
Personnes concernées par la pathologie	La maladie affecte l'individu	La maladie affecte l'individu, la famille et l'environnement

	Modèle Biomédical	Modèle Bio-psycho-social
Prise en charge	La maladie doit être diagnostiquée et traitée	La maladie demande une approche continue, de la prévention à la réadaptation, qui tient compte des facteurs organiques psychologiques et sociaux
Acteurs des soins	Par le médecin	Par des professionnels de santé travaillant en collaboration
Système de soins	Dans un système autonome centré autour des hôpitaux dirigés par des médecins	Dans un système ouvert et interdépendant avec la communauté

Cela induit une évolution de la vision de la prise en charge des patients qui passe de l'action seule du médecin détenteur du savoir vers une prise en charge globale, où le patient et son entourage agissent également pour la santé. L'intégration de la pédagogie dans les soins va permettre à l'éducation thérapeutique de progressivement remplacer la simple information.

En effet, il est important de dissocier l'éducation thérapeutique du patient de l'information. Des études ont d'ailleurs démontré qu'une information seule ne suffisait pas à rendre le patient autonome (18).

L'information induit un comportement passif du patient dans sa prise en charge, et n'est ainsi pas équivalente à l'éducation thérapeutique qui incite le patient à devenir acteur de sa santé afin d'intervenir dans les décisions.

B. Historique de l'ETP

- **1980:**

Le Comité des Ministres réuni au Conseil de l'Europe déclare que toute personne a le droit de connaître l'information recueillie sur sa santé et recommande les programmes privilégiant la participation active des malades à leur traitement (27).

- **1986:**

La première conférence internationale pour la promotion de la santé a adopté la charte d'Ottawa. Celle-ci met en avant la promotion de la santé, le but étant de donner à chacun plus de compétences pour leur propre santé afin d'atteindre « *un état de complet bien-être physique, mental et social* ». Il s'agit d'un appel pour une action internationale. (20).

- **1998:**

L'OMS a défini la notion d'éducation thérapeutique (23) comme citée précédemment.

- **4 mai 1999:**

La circulaire du 4 mai 1999 (28), renforce la pratique de l'éducation thérapeutique chez le patient diabétique. Elle encadre l'organisation des soins des patients diabétiques de type 2, et met en avant la prise en charge du patient dans sa globalité. Elle renforce ainsi l'intervention d'acteurs médicaux et paramédicaux dans les actions d'éducation.

- **5 juin 1999:**

Le rapport du conseil national de l'ordre des médecins (29) portant sur l'information et la formation du patient stipule que, « *L'éducation du patient s'adresse aussi bien à un individu qu'à un groupe restreint et homogène atteint d'une même affection. C'est une nécessité éthique, déontologique et économique essentielle mais aussi une nécessité collective* ».

- **2000:**

La Conférence nationale de santé souligne l'intérêt de développer la prévention et l'éducation, dans une approche de promotion de la santé. Le souhait de voir se renforcer l'éducation thérapeutique du patient et la diffusion des pratiques professionnelles éducatives à l'ensemble des futurs intervenants du domaine de la santé est mentionné (30).

• **février 2001 :**

Le ministère de la santé lance une promotion de l'éducation à la santé et de l'éducation thérapeutique en réalisant un « *plan national d'éducation pour la santé (PNEPS)* » (31) qui prévoit pour l'éducation thérapeutique :

- La formation systématique des professionnels de santé à l'éducation thérapeutique.
- Le financement de l'éducation thérapeutique en ville et à l'hôpital : dans un premier temps, pour les adultes diabétiques et pour les enfants asthmatiques et, dans un second temps, pour tous les patients dont l'état de santé le nécessite.

• **22 Octobre 2001 :**

La circulaire N°DGS/SD6/2001/504 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé correspond à une continuité d'action avec la charte d'Ottawa et le plan national pour la santé de Bernard KOUCHNER, ministre délégué à la santé.

• **4 mars 2002 :**

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé définit pour la première fois les objectifs d'une politique de prévention « *qui tend notamment à développer [...] des actions d'éducation thérapeutique du patient* ». Cette loi crée l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

• **12 avril 2002 :**

La Circulaire DHOS/DGS N°2002/215 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé est un appel à projets sur l'asthme, le diabète et les maladies cardio-vasculaires.

• **13 août 2004 :**

La loi du 13 août 2004, (32) relative à l'assurance maladie, crée la Haute Autorité de Santé (HAS) qui est, entre autre, chargée « *d'évaluer la qualité et l'efficacité des actions ou programmes de prévention, notamment d'éducation pour la santé, de diagnostic ou de soins* ».

• **2005:**

La charte de Bangkok est adoptée, elle reprend et complète les valeurs, principes et stratégies d'action de la charte d'Ottawa ainsi que les recommandations ultérieures sur la promotion de la santé dans le monde (33).

• **avril 2007:**

Un plan d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques énonce quatre objectifs (34):

1. *aider chaque patient à mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer*
2. *élargir la pratique médicale vers la prévention*
3. *faciliter la vie quotidienne des maladies*
4. *mieux connaître les conséquences de la maladie sur leur qualité de vie*

• **juin 2007:**

L'HAS publie un guide méthodologique sur la structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (18).

Le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011) est réalisé par le ministère de la santé. Il a pour objectif d'élargir la pratique médicale à l'éducation thérapeutique.

• **septembre 2008:**

Le rapport remis à la Ministre de la santé Roselyne Bachelot intitulé « pour une politique nationale d'éducation thérapeutique » (35) a comme objectifs de :

- *Définir les modèles d'éducation thérapeutique les plus pertinents au regard du système de soins français ;*
- *Préciser les modalités nécessaires à leur mise en œuvre ;*
- *Proposer à côté des actions d'éducation thérapeutique stricto sensu, une typologie des actions d'accompagnement à la qualité de vie et d'aide à l'observance.*

• **3 avril 2009:**

Le conseil national de l'ordre des médecins publie un rapport intitulé « l'éducation thérapeutique » (36) reprenant les concepts et les modalités de l'ETP mais aussi le rôle du médecin traitant dans la pratique de l'ETP.

- **21 juillet 2009:**

Le 21 juillet 2009, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (loi HPST) entre en vigueur. Elle reconnaît l'éducation thérapeutique comme une thérapeutique à part entière avec son cadre, ses finalités et ses modes de financement. Elle précise notamment dans l'article 84 (3) que : « *L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie* ».

- **02 août 2010:**

L'arrêté du 2 août 2010 précise les compétences requises pour dispenser l'ETP : « *L'acquisition des compétences nécessaires pour dispenser l'ETP requiert une formation d'une durée minimale de 40 heures d'enseignement théorique et pratique. Ces compétences s'acquièrent dans le cadre soit de la formation initiale ou du développement professionnel continu pour les professionnels de santé, soit par des actions de formation continue*» (37).

Il y est également précisé les conditions d'autorisation de mise en oeuvre des programmes ETP par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Ces programmes répondent à un cahier des charges et sont soumis à une auto-évaluation annuelle sur leur déroulement ainsi qu'une évaluation quadriennale sur les résultats de ces programmes.

- **Juin 2013:**

Élaboration par l'INPES d'un référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme (38).

- **26 janvier 2016:**

Est publiée la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Afin de répondre aux défis posés au système de santé pour les maladies chroniques, l'allongement de la durée de vie et les inégalités de santé, trois thématiques sont mises en avant dont le développement de la prévention et la promotion de la santé (39).

C. Finalité de l'ETP

1. Autonomie

L'éducation thérapeutique vise à rendre le patient atteint d'une maladie chronique plus autonome par l'appropriation de nouveaux savoirs : il devient ainsi **le premier acteur de ses soins** (40).

Le but est de « *former les patients à l'autogestion, à l'adaptation du traitement à leur maladie chronique, et à leur permettre de faire face au suivi quotidien. L'éducation thérapeutique du patient doit être conçue pour permettre au patient (ou à un groupe de patients et aux familles) de gérer le traitement de leur maladie et de prévenir les complications, tout en maintenant ou en améliorant leur qualité de vie* » (41).

Toutefois, en aucun cas cette éducation ne cherche la complète autonomie du patient, qui le mettrait plutôt en danger : il ne peut ni tout connaître, ni contrôler totalement sa maladie, ni remplacer le soignant.

2. Acquisition de compétences

Cette autonomie n'est possible que grâce à l'acquisition ou le renforcement de compétences qui sont un ensemble de connaissances ou de comportements que le patient doit intégrer.

Définies dans les recommandations de la HAS (42), elles regroupent :

- **les compétences d'auto-soins** : réaliser les gestes techniques et les soins, mettre en œuvre des modifications à son mode de vie, adapter les doses de médicaments, etc... Parmi elles, les compétences dites de sécurité visent à « sauvegarder la vie du patient ».
- **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* ».

La finalité de l'éducation thérapeutique du patient est donc d'aider « *le sujet patient à devenir le premier acteur de ses soins. Il va non seulement acquérir des compétences spécifiques mais aussi apprendre à maintenir un projet de vie, à le construire ou à le reconstruire. Il est alors un véritable partenaire thérapeutique* » (43).

D. Mise en place d'un programme d'ETP

1. Personnes pouvant bénéficier d'un programme d'ETP

L'éducation thérapeutique du patient doit être proposée à toute personne (enfant avec ses parents, adolescent et adulte quel que soit leur âge) ayant une maladie chronique, et ce, quel que soit le type ou le stade d'évolution de sa maladie. Si elle est acceptée, elle doit s'adapter aux besoins et aux demandes du patient qui a toute liberté d'y participer ou non, ainsi que d'en négocier les buts et modalités de mise en œuvre avec les professionnels de santé.

Les proches du patient (parents, enfants, conjoint, fratrie, personne de confiance...) peuvent être associés à cette démarche d'ETP s'ils le souhaitent (18).

2. Éléments constitutifs de l'ETP

L'HAS permet de différencier plusieurs offres d'ETP qualifiées d'« initiale », de « suivi régulier » et de « suivi approfondi ».

L'organisation des activités en éducation thérapeutique nécessite une démarche raisonnée. Elle est expliquée dans les recommandations émises par l' HAS, à partir du guide méthodologique (18).

On note 4 étapes:

1. **élaborer un « diagnostic éducatif »: en séances individuelles:** identification des besoins des patients en réalisant un diagnostic éducatif. Le but est de comprendre via un interrogatoire comment le patient se comporte en matière de santé et les éléments à envisager pour l'aider à améliorer ses comportements. Il va ressortir alors les composantes pédagogiques psycho-sociales et bio-médicales.
2. **définir un programme personnalisé: en séances individuelles:** réalisation d'un programme personnalisé d'ETP après avoir formulé et discuté avec le patient des compétences qu'il doit développer ou maintenir. Les priorités d'apprentissage que le patient doit développer pour résoudre ses problèmes dans sa vie quotidienne doivent être définies.

3. **planifier et mettre en œuvre les séances:** mise en œuvre du programme d'ETP en sélectionnant le contenu, la méthode et les techniques d'apprentissage (jeux, partage d'expérience, mise en situation) proposées. Cette étape consiste en la réalisation de séances d'éducation thérapeutique qui peuvent être **individuelles ou collectives**, leur durée est d'environ 45 minutes.
4. **réaliser une évaluation individuelle:** vérification des connaissances, des progrès, de l'amélioration du comportement de soin du patient (compétences acquises). L'évolution de ses résultats médicaux et de l'amélioration de sa qualité de vie est également évaluée. Un compte rendu indiquant le savoir, la compréhension et sa mise en application ainsi que les acquisitions manquantes sera remis au patient et aux différents personnels de santé.

E. Enjeux et limites de l'ETP

1. Critères de qualité d'un programme d'ETP

L'HAS a défini une liste de critères de qualité non exhaustive afin de garantir une qualité minimale pour chaque programme d'ETP (18).

Une ETP de qualité doit :

- *être centrée sur le patient : intérêt porté à la personne, respect de ses préférences, décision partagée...*
- *être scientifiquement fondée et enrichie par les retours d'expérience des patients et de leurs proches*
- *faire partie intégrante du traitement et de la prise en charge*
- *concerner la vie quotidienne du patient, les facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux*
- *être un processus permanent, qui est adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient*
- *être réalisée par des soignants formés à la démarche d'éducation thérapeutique du patient*

- *s'appuyer sur une évaluation des besoins subjectifs et objectifs, de l'environnement du patient (diagnostic éducatif), et être construite sur des priorités d'apprentissage perçues par le patient et le professionnel de santé*
- *se construire avec le patient, et impliquer autant que possible les proches du patient*
- *s'adapter au profil éducatif et culturel du patient, et respecter ses préférences, son style et rythme d'apprentissage*
- *être définie en termes d'activités et de contenu, être organisée dans le temps, réalisée par divers moyens éducatifs (techniques de communication centrées sur le patient, séances collectives ou individuelles, accessibilité à une variété de publics, utilisation de techniques pédagogiques variées)*
- *être multi-professionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle, intégrer le travail en réseau ; inclure une évaluation individuelle de l'ETP et du déroulement du programme.*

2. Efficacité de l'ETP

L'HAS a publié un document présentant les résultats d'analyses exhaustives des études économiques ou des essais cliniques étudiant l'impact de l'ETP sur le recours aux soins (44). Il en résulte :

• une efficacité prouvée:

- Enfant asthmatique: amélioration des fonctions pulmonaires, réduction des absences scolaires, des jours d'activité limitée et du recours aux urgences.
- Patient atteint de diabète de type 1: amélioration durable du contrôle du diabète, réduction des hospitalisations, de l'incidence et du coût des complications. Les études concernant les patients atteints de diabète de type 2 n'ont en revanche pas été concluantes.
- Au niveau cardiologique: réduction importante du risque de ré-hospitalisation et des coûts hospitaliers (en dehors du suivi du traitement par anticoagulant oral).

• une preuve d'efficacité plus faible:

- Adulte asthmatique: tendance modérée à l'amélioration de la santé des patients.

- **une absence de preuve:**

- Patient BPCO: manque de résultats cliniques dans les évaluations de programmes d'éducation expliqué par l'absence de réversibilité de la maladie.
- Au niveau rhumatologique: amélioration de la gestion de la douleur et de l'incapacité (mais il s'agit d'études de faibles qualités).
- Suivi du traitement par anticoagulant oral: pas de validité externe des études étrangères, étude à réaliser en France.

Il ressort ainsi de ces études un enjeu épidémiologique (diminution des complications, stabilisation de la maladie, amélioration de la qualité de vie...) un enjeu économique (diminution du coût financier imputé aux complications des maladies chroniques, diminution des hospitalisations...) ainsi qu'un enjeu sociologique (renforcement de l'alliance thérapeutique, amélioration de la relation patient-personnel de santé...).

3. Limites de l'ETP

Plusieurs études ont permis de repérer différents freins aux actions d'éducation thérapeutique (7, 9, 10, 15, 16, 45) : manque de temps, manque de connaissance et de formation, manque de professionnels et structures relais, manque de rémunération, manque de sensibilisation du patient et, barrière culturelle et linguistique.

Néanmoins, on peut retrouver divers éléments positifs, tels que l'intérêt manifesté par les médecins et les autres professionnels de la santé, la satisfaction des patients et le soutien de certaines autorités de santé qui encouragent la recherche.

Les travaux de développement de l'ETP ont pour objectif de permettre à tout patient d'avoir accès à une ETP de qualité sur l'ensemble du territoire (46).

III. Le médecin généraliste et l'ETP

A. Définition

Le cadre de la médecine générale a clairement été posé en 2002, lorsque la WONCA- Europe (World Organization of Family Doctors) a publié une déclaration consensuelle définissant la discipline de médecine générale – médecine de famille (47).

Il s'agit d'une « *discipline scientifique et universitaire avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires* ». Cette discipline entend favoriser une prise en charge globale du patient, basée sur une approche holistique, centrée sur la personne «*dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires* » (47).

Ce sont ainsi 11 caractéristiques centrales qui la définissent. Globalement, l'éducation thérapeutique est inscrite dans ces caractéristiques, et quelques-unes d'entre elles y font particulièrement écho :

- *Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires.*
- *Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.*
- *Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.*
- *Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.*
- *Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.*

Par ailleurs, la loi HPST (3) a donné un encadrement juridique à la médecine générale en la définissant comme médecine de premier recours. Dans la définition de ses missions, on retrouve le suivi des maladies chroniques et l'éducation pour la santé. Elle fait la promotion pour le développement des maisons de santé pluridisciplinaires ou les pôles de santé, où le médecin généraliste a une place centrale. Ces lieux sont

impliqués dans le développement de l'ETP. L'ETP devient une priorité nationale et les ARS sont chargées d'en piloter les programmes éducatifs.

Ces ARS proposent quant à elles de déployer l'éducation thérapeutique dans les soins de premier recours, ce qui ne pourra se faire qu'en « *impliquant fortement le médecin traitant. Il doit pouvoir sensibiliser et accompagner son patient dans son parcours d'ETP. Il doit bénéficier d'un retour par rapport aux objectifs fixés afin de s'investir dans le suivi éducatif de son patient. Il doit pouvoir être associé à la conception et/ou l'animation d'un programme* » (48).

B. La place du médecin généraliste dans l'ETP

L'ETP nécessite, pour être de bonne qualité, d'être structurée. Or, les guides méthodologiques existant sur la structuration d'un programme éducatif dans le champ des maladies chroniques édités par l'HAS et l'INPES (18) sont plutôt destinés aux structures collectives et sont mal adaptés à la pratique individuelle en cabinet.

Néanmoins, les différentes étapes structurées peuvent être rapportées à la médecine générale. En effet, rien n'empêche le médecin de réaliser seul le diagnostic éducatif et d'orienter ensuite son patient vers des structures de proximité afin d'organiser le suivi. A condition toutefois, qu'une transmission des résultats du programme et de l'évaluation individuelle soit réalisée.

Comme le précise le conseil de l'ordre (49) : « L'éducation thérapeutique ne s'improvise pas. Elle s'appuie sur des concepts issus des sciences humaines, (anthropologie, psychologie, sociologie, pédagogie), elle met en jeu des techniques *qui lui sont propres et maintenant bien validées.* » Il paraît donc indispensable à tout médecin généraliste de réaliser au minimum une « formation-sensibilisation » lui permettant de bien comprendre ce qu'est (et ce que n'est pas) l'ETP afin de l'intégrer au long cours dans sa relation individuelle avec le patient (49).

C. L'ETP au cabinet

Le rapport Bachelot de 2008 a permis de constater que « *l'absence d'évaluation nationale des données quantitatives existantes ne permet pas d'appréhender la réalité des pratiques d'éducation thérapeutique du patient réalisées par des professionnels de santé en ambulatoire, en France* » (35).

Néanmoins, quelques études régionales permettent de retrouver qu'une grande majorité de médecins généralistes déclarent pratiquer l'éducation thérapeutique au sein de leur cabinet (96,9% dans l'Indre et le Loiret (5); 80% en Midi-Pyrénées (10)). La totalité de ces médecins réalisent la première étape de l'ETP, à savoir, la sensibilisation et l'information du patient. Même si elle est indispensable, elle n'équivaut pas à de l'éducation thérapeutique et ne se suffit pas à elle-même (10).

Des méta-analyses d'études contrôlées randomisées concernant l'asthme, la polyarthrite rhumatoïde, la prise au long cours d'antivitamine K ont montré que l'information seule ne suffisait pas à aider les patients à gérer leur maladie au quotidien (18).

Les autres étapes de l'ETP sont moins fréquemment mises en œuvre par le médecin généraliste car peu connues des médecins non formés ou bien déléguées aux spécialistes ou aux réseaux de santé.

L'éducation thérapeutique s'est fortement développée dans le cadre de réseaux, surtout sur le plan collectif. La participation du médecin généraliste y reste essentielle mais est malheureusement peu exploitée.

IV. Le médecin généraliste et les réseaux de santé

Les réseaux de santé sont des regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé (médecins, infirmières) et d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnel administratif, etc.).

Constitués en majorité sous forme d'association loi 1901, les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge.

Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Inscrits dans la loi

depuis 2002, les réseaux constituent également l'un des principaux dispositifs de coordination des acteurs (sanitaire, médico-social et social) intervenant sur le parcours des patients (50).

En 2013, on dénombrait 632 réseaux de santé. (51)

A. Historique

- **début du XX^e siècle:**

Première apparition organisée de réseaux dans le cadre de la lutte contre la tuberculose.

- **31 décembre 1970:**

Promulgation de la loi hospitalière apparaissant comme une forme de coopération sanitaire hospitalière.

- **4 juin 1991:**

Émission de la circulaire DGS/DH mentionnant pour la première fois le terme de « réseau de soins ». En effet avec la montée en charge de l'épidémie de SIDA, et l'aggravation des phénomènes de toxicomanie (52), il est vu un moyen de résoudre tout un ensemble de problèmes de santé spécifiques à des populations ou des pathologies difficilement prises en charge dans le cadre de la médecine libérale et hospitalière (53).

- **avril 1996:**

Le Plan Juppé donne un nouveau souffle aux réseaux en encourageant la prise en charge en réseau, et instaurant un modèle de prise en charge globale. Il précise le cadre juridique en définissant les réseaux expérimentaux dits « Soubie », les « réseaux ville-hôpital », et les dispositifs visant à développer la coopération hospitalière (54).

On assiste alors à l'émergence de multiples réseaux comme ceux dédiés à l'hépatite C, la toxicomanie, les personnes en difficulté.

- **4 mars 2002:**

Promulgation de la loi relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé, l'article L. 6321-1 du Code de santé publique apporte une définition légale aux réseaux de santé : « *Les réseaux de santé ont pour objectif de favoriser l'accès aux*

soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins » (55). Cette loi vise à renforcer le rôle des réseaux dans le système de santé, dans la perspective d'une coordination accrue entre professionnels et établissements de santé.

• **02 mars 2007:**

La circulaire du 2 mars 2007, définit les orientations et objectifs des réseaux de santé (56):

Voici les objectifs définis des réseaux :

- *Prise en charge globale des patients et décloisonnement des professionnels*
- *Qualité, sécurité et continuité des soins.*
- *Cohérence avec les objectifs de la réforme de l'assurance maladie.*
- *Participation à l'organisation territoriale des soins.*

Un réseau doit répondre aux besoins identifiés au sein d'un territoire, un réseau n'est utile et ne justifie d'être financé que s'il répond à des besoins de santé d'une population donnée :

- *Le réseau n'a pas pour vocation de compenser une offre de soins inexistante ou déficitaire.*
- *L'objectif prioritaire est de développer une offre de services aux professionnels de santé de premier recours et notamment aux médecins de patients porteurs d'une ou plusieurs pathologies chroniques.*
- *Les réseaux de santé doivent à l'avenir être incités à développer une offre de services visant à proposer un appui aux professionnels pour qu'ils puissent orienter leurs patients dans le système de soins et leur permettre un accès aux modes de prise en charge les plus adaptés.*
- *Les réseaux doivent développer des fonctions nécessaires à la prise en charge de pathologies chroniques : éducation thérapeutique, suivi de l'observance, et conformément aux recommandations de l'HAS concernant les ALD, «accompagnement des parcours de soins des patients au sein du système de santé ».*

Un réseau doit répondre à une logique d'organisation territoriale :

- **le niveau de proximité:** « simplifier la fonction de coordination », constituer « des réseaux de proximité sur des thématiques proches comme le cancer, la douleur, la gérontologie... », facilitant l'« orientation » et « l'accès à des prestations spécifiques comme l'éducation thérapeutique ».
- **les niveaux territoriaux subsidiaires:** « apportent un appui aux réseaux de proximité », ils sont le relais pour la diffusion et l'élaboration de référentiels, pour l'élaboration de procédures et d'outils de liaison entre les professionnels des différents niveaux de recours.

Le droit des réseaux est caractérisé par 3 documents fondamentaux (57) :

- **document d'information:** remis à chaque patient, précise le fonctionnement, les prestations proposées, les moyens prévus pour assurer l'information du patient à chaque étape de sa prise en charge. Il détermine ainsi un projet et un parcours individualisés au patient (58).
- **charte du réseau:** engagements des établissements et des professionnels de santé au sein du réseau (58).
- **rapport d'évaluation:** atteinte des objectifs, à remettre tous les 3 ans.

B. Évaluation des réseaux de santé

L'évaluation des réseaux de santé constitue un préalable indispensable à leur accréditation prévue par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé.

Elle repose sur plusieurs items (59) :

- **Évaluation de l'intégration des usagers et des professionnels de santé au sein du réseau:** participation et satisfaction des usagers et des professionnels de santé.

- **Évaluation du fonctionnement du réseau:** existence d'un réel pilotage du réseau, formalisation des décisions avec trace de l'évolution et de la dynamique de l'organisation.
- **Évaluation de la qualité de la prise en charge:** mesure de l'apport de ce type d'organisation par rapport aux modalités traditionnelles de prise en charge, ou par rapport à la situation hors réseau.
- **Évaluation économique:** coût de la prise en charge en réseau qui doit pour des pathologies similaires, pouvoir être rapproché du coût de la prise en charge conventionnelle ou hors réseau

C. Place du médecin généraliste dans les réseaux de santé

La loi place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins, en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients ». Elle confère aux médecins généralistes le rôle de pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins, de suivi du patient et la coordination de son parcours (60).

Depuis l'introduction des réseaux de santé par la loi du 4 mars 2002, et la circulaire du 2 mars 2007, l'environnement dans lequel les réseaux conduisent leurs missions a beaucoup évolué, notamment sous l'impulsion de la loi HPST : comme cité plus haut, elle confère au médecin généraliste un rôle de pivot, de suivi et d'organisation de la coordination. Plusieurs autres acteurs intègrent dans leur activité une fonction de coordination des soins de proximité, notamment avec les maisons de santé, les centres de santé. Les réseaux de santé étant historiquement positionnés sur le champ de la coordination, selon la direction générale de l'offre de soins (61), il paraît opportun de mobiliser les compétences acquises par les réseaux en matière de coordination des soins, en leur donnant un rôle « d'appui à la coordination ». Une évolution de leur mission serait nécessaire afin de les inscrire dans le nouveau paysage de la coordination et de répondre aux besoins du médecin généraliste et des équipes de soins de premier recours.

Le médecin généraliste a donc pour rôle :

- *D'orienter les patients vers les réseaux de santé selon les besoins et désirs du patient.*
- *D'établir avec lui un bilan éducatif.*
- *D'élaborer avec le patient le Plan Personnalisé de Santé (PPS), c'est à dire définir les objectifs prioritaires et les actions à mener pour les atteindre.*
- *De mettre en œuvre le plan personnalisé de soins en suivant les recommandations de soins et de suivi, en encourageant le patient à suivre les actions prévues par son PPS, en s'assurant de la bonne coordination des soins.*

V. L'ETP en Gironde

A. Programmes d'ETP en Gironde

1. Données principales

Il existe 113 programmes d'ETP autorisés par l'ARS au 01/01/2017 en Gironde dont 101 en structure et 11 par des associations (62).

Les acteurs de programmes d'ETP se réalisant hors des établissements de santé sont (63):

- *AQUISEP 33*
- *Centre Aquitain pour le Développement de la Dialyse à Domicile (CA3D)*
- *Comité d'Étude et d'Informations sur la Drogue et les addictions (CEID)*
- *Maison du Diabète, de la Nutrition, de l'Obésité et des Risques Cardiovasculaires*
- *Proxisanté*
- *Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPOP)*
- *Union Régional des Professionnels de Santé Infirmiers (URPS)*
- *UTEP2A*

Les établissements de santé réalisant des programmes d'ETP sont (62):

- **des établissements privés:** Les Platanes, Montalier, Chateauneuf, La Pignada, Les Lauriers, Bagatelle, Suburbain du Bouscat, Bergonié, Tour de Gassies,
- **des centres hospitaliers:** Arcachon, Bazas, Blaye, Cadillac, Charles Perrens, Langon, Libourne, Robert-Picqué
- **le CHU:** Haut-Levêque, Pellegrin, Saint-André, Xavier-Arnozan
- **des cliniques:** Anouste, Arcachon, Château Lemoine, Saint-Augustin, Tivoli-Ducos, Bordeaux Nord, 4 Pavillons, Tondu, Jean Villar

2. Chercher un programme d'ETP

a. Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé (OSCARS)

Il s'agit d'un outil en ligne, interactif et accessible avant tout aux professionnels mais aussi aux patients bien que méconnu de ceux-ci. Il a été développé par le Comité Régional d'Éducation pour la Santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRES PACA) en 2005 pour recenser et visualiser les actions de prévention et de promotion de la santé (63).

OSCARS est disponible en accès national depuis 2010, avec un module spécifique pour les programmes d'éducation thérapeutique autorisés. Fin 2013, 13 régions de France, dont l'Aquitaine, ont adopté cet outil.

L'ARS Aquitaine a décidé d'utiliser OSCARS pour :

- *Améliorer la visibilité des acteurs et des actions de promotion de la santé et de prévention, ainsi que des programmes autorisés d'ETP*
- *Faciliter les échanges de connaissances et de pratiques entre acteurs et renforcement de leur coordination*
- *Repérer et développer l'offre sur les territoires déficients*

Ainsi, OSCARS est une base de données d'actions réalisées en Aquitaine et présentées dans une fiche détaillée (année, contexte, objectifs, contenu, thématiques abordées, publics concernés, porteur et coordonnées...).

Il est ainsi possible de trouver les programmes d'éducation thérapeutique autorisés par l'ARS, mais aussi d'autres actions de prévention/promotion de la santé avec les structures concernées financées par l'ARS.

b. Liste officielle HAS

Sur le site internet de l'ARS de la Nouvelle-Aquitaine, il est possible de consulter la liste des programmes d'ETP officiels et validés par l'ARS (62), mise à jour en début de chaque année. La structure organisatrice, le coordonateur ainsi que ses coordonnées sont disponibles.

B. Principaux acteurs du développement de l'ETP en Gironde

1. Instance Régionale d'Éducation et de la Promotion de la Santé Nouvelle-Aquitaine (IREPS)

L'IREPS Nouvelle-Aquitaine est une association Loi 1901, membre de la Fédération Nationale d'Éducation et de promotion de la Santé (FNES), qui situe son intervention en éducation thérapeutique du patient dans une approche de promotion de la santé, globale et intersectorielle, en lien avec les usagers du système de santé et différents partenaires. Elle inclut dans sa réflexion la prise en compte des inégalités sociales de santé.

L'IREPS intervient en ETP depuis une dizaine d'années, au plus proche des acteurs et des territoires, à travers ses 12 antennes départementales (64).

Les actions développées dans le domaine de l'ETP s'inscrivent dans les missions structurelles de l'IREPS que sont la formation initiale et continue, l'appui méthodologique aux opérateurs et aux politiques ainsi que la documentation:

- **Formation:**

- *Modules de 40h pour dispenser l'ETP auprès d'étudiants en ergothérapie ou en activité physique adaptée.*
- *Sessions de formation de 40h sur site auprès de professionnels et de patients, impliqués ou désirant s'impliquer dans des programmes d'ETP.*
- *Formation pour coordonner un programme d'ETP.*

- **Accompagnement:**

- *Séances d'échanges de pratiques entre personnes formées à l'ETP.*
- *Ateliers de découverte de l'ETP.*
- *Accompagnement d'équipes au développement de programmes d'ETP, en complémentarité et sur sollicitation des autres acteurs mandatés par l'ARS.*

- **Information:**

- *Enregistrement et mise à jour sous mandat de l'ARS des informations concernant les programmes d'ETP autorisés sur le site OSCARS.*
- *Mise à disposition dans ses douze centres ressources documentaires et pédagogiques des revues, articles et outils éducatifs pouvant être consultés sur place ou empruntés par tout un chacun. Une veille documentaire est également réalisée et des bibliographies actualisées et des lettres thématiques peuvent être produites.*

2. Centre d'Éducation Thérapeutique de Bordeaux Aquitaine (CETBA)

Le Centre d'Education Thérapeutique de Bordeaux Aquitaine (CETBA) travaille à la conception, la mise en place et la réalisation de programmes d'ETP. Les premiers ateliers proposés étaient destinés aux patients asthmatiques et allergiques (65). Par la suite, son activité éducative s'est élargie à d'autres maladies chroniques. Le CETBA réalise ses activités éducatives en partenariat avec d'autres structures (RE3A, MSA, RSI, Maison de santé...).

A partir de 2006, le CETBA décide de mettre en place des formations validantes en ETP pour les professionnels de santé désireux d'intégrer l'éducation thérapeutique dans leur pratique.

En 2008, le CETBA développe une Unité Transversale d'Education Thérapeutique, qui devient en 2011, l'UTEP 2A : Unité Transversale d'Education du Patient Ambulatoire

Aquitaine. Ce projet répond à une priorité de santé, et s'inscrit dans les mesures du Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007 – 2011.

Ainsi les missions définies sont:

- **CETBA:**

- *Améliorer les pratiques professionnelles par la formation de professionnels de santé à l'ETP*
- *Être un laboratoire d'idées pour le développement de l'éducation thérapeutique du patient*

- **UTEP 2A:**

- *Accompagner les professionnels de santé et/ou les équipes dans les établissements pour la mise en place de programmes d'ETP*
- *Concevoir, réaliser et animer des programmes d'ETP pour les patients adressés à la structure et développer la communication vers leurs médecins*

Actuellement, différentes maladies chroniques sont prises en charges par les programmes par l'UTEP 2A, telles que les maladies respiratoires, métaboliques, cardiovasculaires, inflammatoires et psychiatriques. Les ateliers sont réalisés dans différentes zones de la Gironde plus ou moins urbanisées (Bordeaux, Libourne, Lesparre, Cartelègue, Pauillac...).

3. Plateforme Aquitaine pour des Compétences en Éducation du patient (PACE)

PACE est une association loi 1901 créée en 2009 grâce au soutien des autorités sanitaires régionales. (66) Cette plateforme répond à la mesure n°6 du Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie de personnes atteintes de maladies chroniques où il est souhaité le « *développement d'une coordination régionale des ressources en éducation du patient et d'un répertoire de l'offre en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique, par territoire de santé auprès du public et des professionnels de santé (...)*».

PACE se définit comme un groupe d'organisations autonomes, issues du monde libéral et du monde hospitalier, ayant des objectifs communs tels que le développement de compétences, l'ETP de proximité et l'articulation entre la ville et l'hôpital. La mise en œuvre des projets se base sur la complémentarité et la collaboration des acteurs.

Voici les différents organismes membres:

- *Association de Formation Continue des Infirmiers (AFCI)*
- *Centre de Formation Permanente des Professionnels de Santé (CFPPS) au CHU*
- *Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA)*
- *Centre d'Éducation Thérapeutique de Bordeaux Aquitaine (CETBA)*
- *Instance Régionale d'Éducation et de la Promotion de la Santé (IREPS)*

Cependant, la PACE est actuellement en voie de disparition au profit d'une plateforme concernant la région Nouvelle-Aquitaine, nommée Plateforme ETP Nouvelle-Aquitaine.

Cette nouvelle plateforme s'appuiera sur 4 axes:

1. *Optimiser l'organisation interne de la cellule opérationnelle et de coordination*
2. *Améliorer les pratiques et connaissances en ETP*
3. *Renforcer la visibilité de l'ETP et des lieux ressources*
4. *Favoriser le partage des savoirs et du vécu avec une maladie chronique*

4. CHU de Bordeaux

Le CHU de Bordeaux propose au 01/01/2017 42 programmes d'ETP, soit plus d'un tiers de ceux proposés en Gironde (62).

Les domaines sont larges et variés (infectiologie, diabète et obésité, néphrologie, neurologie, pneumologie, hépato-gastro-entérologie, cardiologie-vasculaire, oncologie, hématologie, dermatologie, addictologie, maladies auto-immunes, maladies génétiques, rhumatologie, gériatrie, maladies chroniques chez les détenus).

En tout, plus de 3000 personnes participent à ces programmes chaque année. La particularité de l'offre de soins du CHU est de proposer des programmes d'ETP pour des pathologies fréquentes mais aussi concernant des pathologies complexes et rares.

La coordination de ces programmes est réalisée par la Fédération d'Éducation Thérapeutique du CHU de Bordeaux, fondée en 2009. Elle s'appuie sur l'aide de différents partenaires tels le CCECQA et le CFPPS ainsi que les nombreuses associations de malades.

La formation pour les professionnels à l'ETP est aussi proposée via le CFPPS. On dénombre 8 formations différentes autour de l'ETP.

C. Formation à l'ETP

Depuis l'arrêté du 2 août 2010 (37), tout professionnel de santé souhaitant participer à un programme d'ETP doit réaliser une formation d'une durée minimale de 40 heures d'enseignement théorique et pratique. Cela a pour but d'harmoniser et optimiser les pratiques.

Différentes structures proposent aux professionnels de santé des formations à l'ETP (l'Université de Bordeaux via un DU, le CHU via le CFPPS, l'IREPS, le CETBA, PROXISANTE...).

Ces structures proposent plusieurs formations tels que la formation officielle de 40h pour être éducateur, ainsi que d'autres pour perfectionner sa pratique (réalisation d'un diagnostic éducatif, d'un entretien motivationnel...) ou encore coordonner un programme d'ETP ou créer sa structure d'ETP.

Matériels et Méthodes

I. Question de recherche

La question de recherche est « *quel est le degré d'implication et de coopération des médecins généralistes dans l'éducation thérapeutique des patients?* »

La mise en place de la politique de développement de l'ETP date maintenant de quelques années. Le médecin généraliste occupe une place importante dans la prise en charge des maladies chroniques des patients et doit occuper une place centrale dans ce dispositif.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le recours aux centres ETP par les médecins généralistes et la qualité de la communication qu'ils ont avec ceux-ci.

L'objectif secondaire est de rechercher des dysfonctionnements de cette coopération par l'évaluation de l'information faite aux médecins généralistes sur les centres d'ETP et l'ETP en elle même.

Certaines constatations à ce sujet ont été mises en évidence sur quelques études qualitatives dans d'autres départements. Cependant elles ne concernent que de petits effectifs et ne sont donc pas représentatives de l'opinion de l'ensemble des médecins généralistes. De même, très peu s'intéressent au recours qu'ont les médecins généralistes au centre d'ETP. Nous avons donc décidé d'étudier ces aspects explorés antérieurement à plus grande échelle sur la Gironde. Nous avons ainsi porté notre choix sur la réalisation d'une étude quantitative de type descriptive.

II. Population cible

La population cible était les médecins généralistes de Gironde.

Le critère d'inclusion était donc l'ensemble des médecins généralistes ayant une adresse électronique inscrite dans le registre du Conseil de l'Ordre des Médecins de Gironde au 21 janvier 2016.

III. Méthode de recueil des données

A. Élaboration du questionnaire

Nous avons élaboré un questionnaire visant à définir les caractéristiques des médecins, le recours qu'ils ont auprès des centres d'ETP et leurs attentes, les difficultés rencontrées pour inscrire un patient, la communication avec ces centres ainsi que leur connaissance et éventuelle formation à l'ETP.

La réalisation de l'ensemble des questions s'est appuyée sur une bibliographie, en majorité faite d'études qualitatives, mettant en évidence des hypothèses en rapport avec les domaines étudiés dans notre étude. Nous avons donc fait ressortir l'ensemble de ces hypothèses dans nos questions afin de les étudier à l'échelle de la Gironde.

Le questionnaire a ensuite été soumis pour validation à un comité d'experts en ETP à savoir:

- le **Pr. Mercié** (*coordonateur administratif du D.U. d'éducation thérapeutique à l'Université de Bordeaux et coordonnateur du programme ETP de l'hôpital Saint-André prenant en charge des patients affectés d'une maladie auto-immune chronique*)
- **Mme. Couralet** (*directrice adjointe de l'IREPS Aquitaine et responsable de l'antenne de Gironde ainsi que secrétaire générale de la PACE*)
- le **Pr. Sarrazy** (*Professeur Universitaire à Bordeaux en Science de l'Éducation, enseignant au DU d'éducation thérapeutique à l'Université de Bordeaux*)

Enfin, il a été testé auprès d'un groupe de 10 médecins généralistes permettant d'apporter de nouvelles modifications pour faciliter sa compréhension et améliorer son intérêt. Il a ensuite été de nouveau soumis et validé par le comité d'experts avant l'envoi.

Le questionnaire a été créé sur internet via le site Google Forms.

Il était constitué de 18 à 31 questions en fonction des réponses fournies à certaines questions.

Il était composé de 7 rubriques:

1. Caractéristiques des médecins
2. Représentation de l'ETP
3. Expériences avec les programmes ETP
4. Inscriptions à des programmes ETP
5. Suivi des patients au cours d'un programme d'ETP
6. Réalisation de l'ETP au cabinet
7. Formation à l'ETP

Sur l'ensemble du questionnaire, il y'avait 11 questions à choix multiples, 15 à choix simples et 6 ouvertes (chiffres ou texte attendus).

Le temps estimé pour y répondre était de 5 à 10 minutes selon les différentes possibilités.

B. Diffusion du questionnaire

L'envoi du questionnaire a été réalisé par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Gironde par courrier électronique à l'ensemble des médecins généralistes de la Gironde qui l'avaient fourni.

Un premier envoi a été réalisé le 21 janvier 2016, suivi d'une unique relance le 29 février 2016.

L'e-mail reçu par les médecins comprenait un court texte introductif du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, un texte explicatif de notre travail réalisé par nos soins et mis en pièce jointe ainsi que le lien internet redirigeant directement au questionnaire en ligne.

Le médecin pouvait alors répondre directement au questionnaire en ligne puis valider ses réponses. L'ensemble de celles-ci étaient alors enregistrées sur une feuille de calcul.

C. Réception des réponses

Les réponses validées par les médecins étaient directement enregistrées dans un tableur sur une page internet du logiciel en ligne Google Forms.

La réception des réponses s'est échelonnée du 21 janvier 2016 au 24 avril 2016.

IV. Méthode d'analyse des données

Nous avons utilisé le logiciel Numbers pour l'analyse des réponses au questionnaire.

Les réponses aux questions ouvertes ont été classées en différents groupes selon leur similitude puis traitées statistiquement.

Concernant le code postal du lieu d'exercice, saisi intégralement par les médecins, nous l'avons classé par la suite dans l'une des 3 catégories (urbain, semi-urbain ou rural) en fonction de la classification du zonage du bassin de vie réalisé en 2012 par l'INSEE. Cette méthode a été utilisée pour être le plus objectif possible dans cette classification.

Dans un premier temps nous avons réalisé une analyse simple qualitative permettant l'étude des fréquences.

Dans un second temps, nous avons réalisé une analyse croisée par le test de Chi-2 de Pearson associé, lorsque nécessaire, à un calcul automatique du test corrigé de Yates. Le seuil statistiquement significatif retenu est $p < 0,05$. Ceci a été réalisé dans le but de rechercher un lien existant entre les caractéristiques socio-démographiques des médecins et les différents thèmes abordés.

Résultats

I. Taux de participation

Début d'année 2016, **2296** médecins généralistes exerçaient en Gironde. Le questionnaire a été envoyé via le Conseil de l'Ordre de Gironde qui possédait l'adresse e-mail de **1543** médecins généralistes soit **67,2%** de l'effectif total.

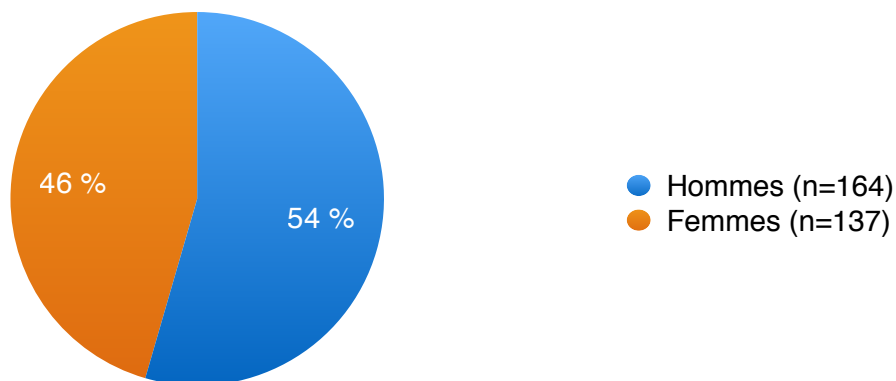
301/1543 médecins ont répondu au questionnaire soit **19,5%** des médecins sollicités.

II. Caractéristiques des médecins

1. Genre

La répartition des 301 médecins en fonction du genre ayant répondu au questionnaire était comme tel:

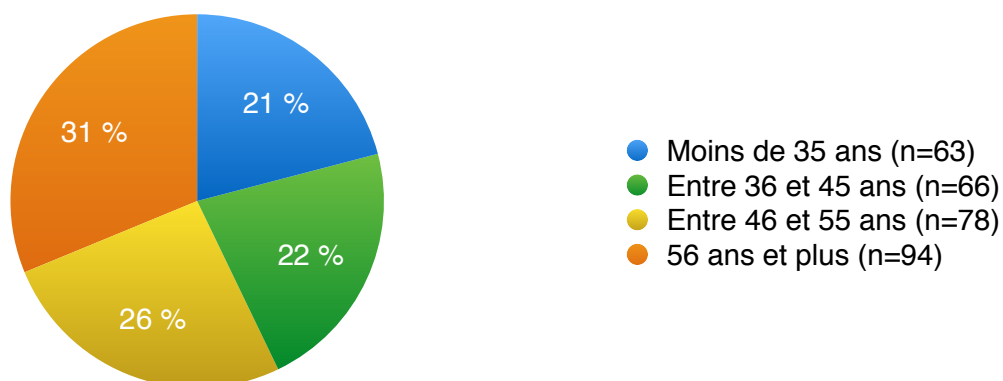
Figure 2. Répartition des médecins en fonction du genre



2. Âge

La répartition des 301 médecins en fonction de l'âge ayant répondu au questionnaire était ainsi:

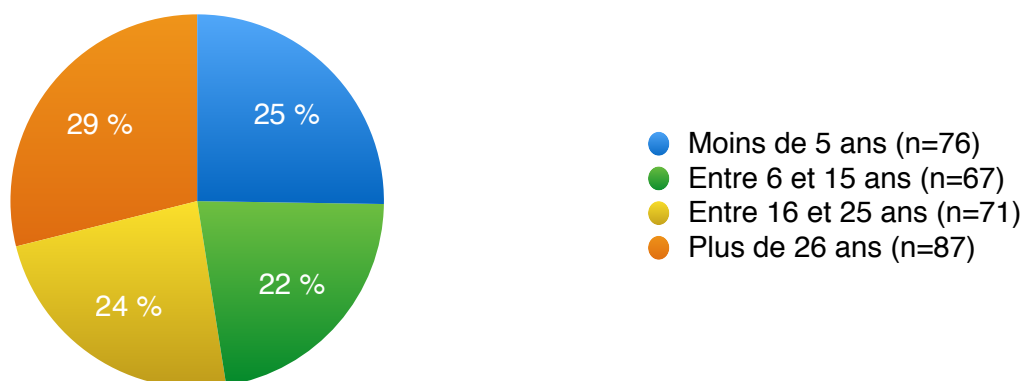
Figure 3. Répartition des médecins en fonction de l'âge



3. Ancienneté d'installation

L'ancienneté d'installation des 301 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire se distinguait ainsi:

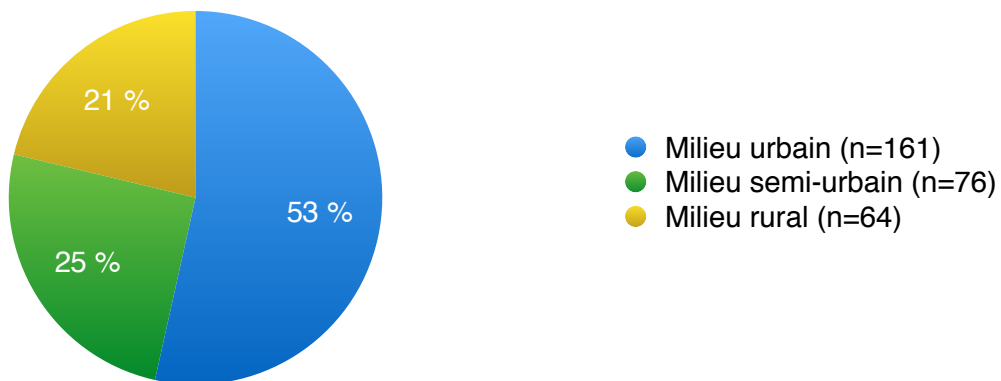
Figure 4. Répartition des médecins en fonction de l'ancienneté d'installation



4. Lieu d'exercice

Le lieu d'exercice a été classé en 3 catégories en s'appuyant sur les classifications de zonage de vie de l'INSEE à partir des codes postaux fournis par les 301 médecins lors du questionnaire:

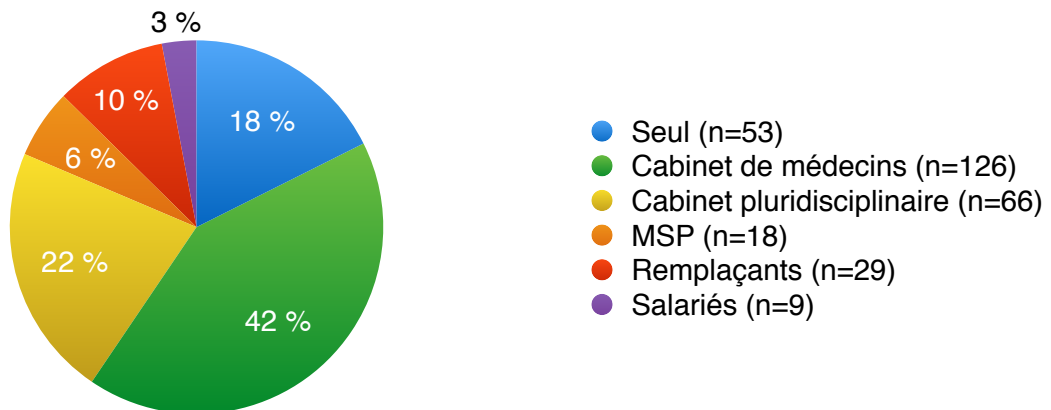
Figure 5. Répartition des médecins en fonction du lieu d'exercice



5. Mode d'exercice

Parmi les 301 médecins répondants, les différents types d'exercice étaient répartis comme tel:

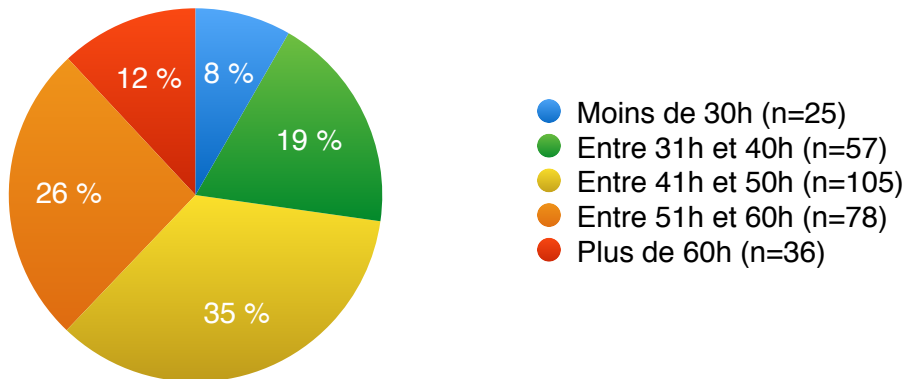
Figure 6. Répartition des médecins en fonction du mode d'exercice



6. Temps de travail hebdomadaire

Le temps de travail hebdomadaire moyen réalisé par les 301 médecins participant à l'étude était réparti comme tel:

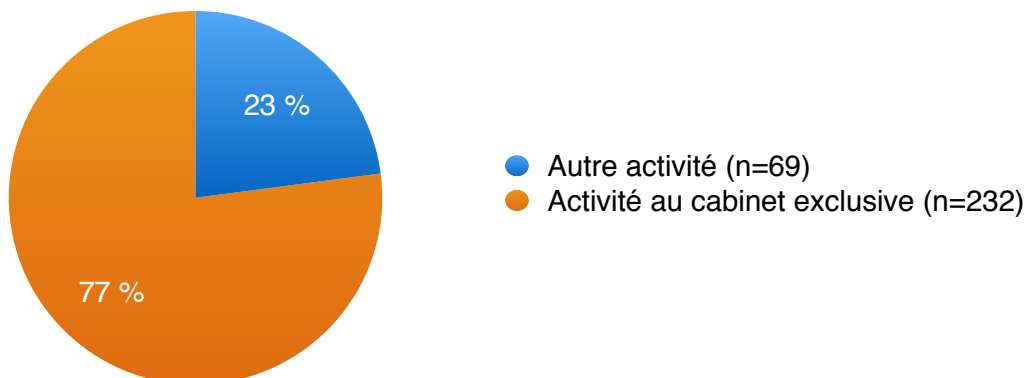
Figure 7. Répartition des médecins en fonction du travail hebdomadaire



7. Réalisation d'une activité dans une autre structure

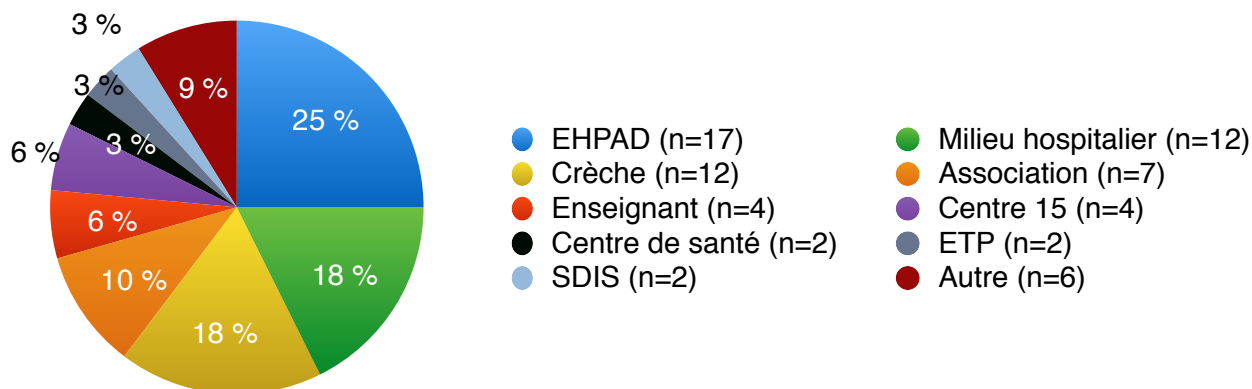
La répartition des 301 médecins selon la pratique dans une autre structure était:

Figure 8. Répartition des médecins selon la pratique dans une autre structure



La classification des différentes structures dans lesquelles 69 / 301 médecins (23%) réalisent une activité en plus de leur cabinet est comme suit:

Figure 9. Répartition des médecins exerçant dans une autre structure



En ce qui concerne la répartition des médecins dans la classification « Autre », il y'en avait 1 en médecine du sport, 1 en PMI, 1 en angiologie, 1 à Médecins du Monde, 1 au Conseil de l'Ordre des Médecins et 1 à SOS médecins.

III. Représentation de l'ETP

1. Attentes vis-à-vis des programmes

Concernant les programmes ETP, les 301 médecins devaient fournir au maximum leurs 4 principales attentes vis-à-vis de ces programmes destinés à leurs patients. Les réponses se répartissaient de la manière suivante:

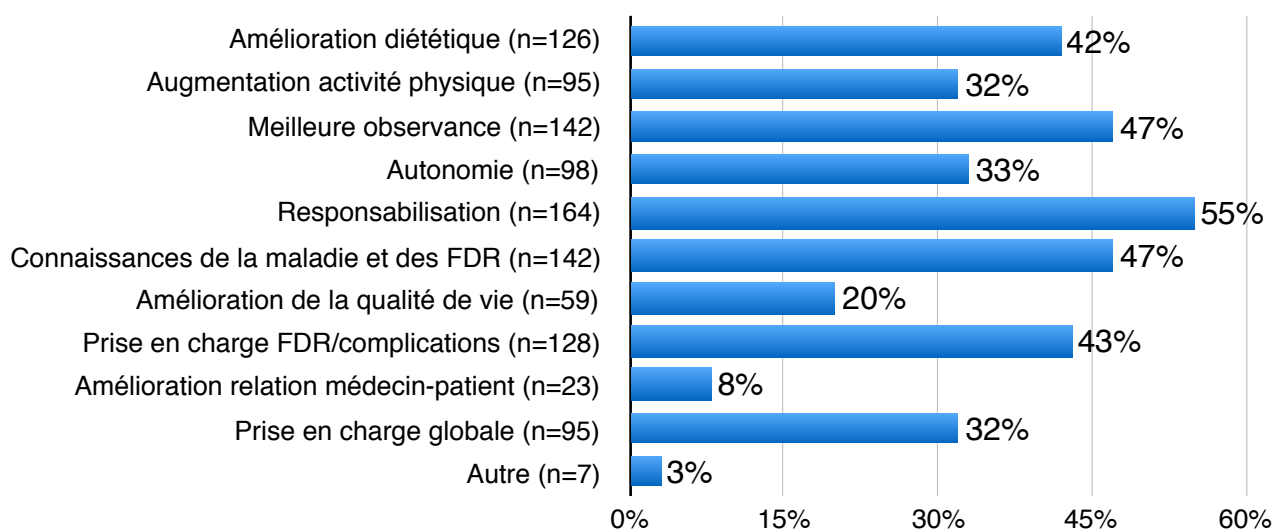
Tableau 2. Attentes des médecins envers l'ETP

Profil	Amélioration diététique / n (%)	Activité physique / n (%)	Meilleure observation / n (%)	Amélioration autonomie / n (%)	Responsabilisation patient / n (%)	Amélioration connaissances / n (%)	Amélioration qualité de vie / n (%)	Prise en charge FDR / n (%)	Relation médecin-patient / n (%)	Prise en charge globale / n (%)
Total (n=301)	126 (42%)	95 (32%)	142 (47%)	98 (33%)	164 (55%)	142 (47%)	59 (20%)	128 (43%)	23 (8%)	95 (32%)

Profil	Amélioration diététique / n (%)	Activité physique / n (%)	Meilleure observance / n (%)	Amélioration autonomie / n (%)	Responsabilisation patient / n (%)	Amélioration connaissances / n (%)	Amélioration qualité de vie / n (%)	Prise en charge FDR / n (%)	Relation médecin-patient / n (%)	Prise en charge globale / n (%)
Homme (n=164)	65 (40%)	55 (34%)	75 (46%)	60 (37%)	82 (50%)	72 (44%)	36 (22%)	66 (40%)	14 (9%)	48 (29%)
Femme (n=137)	61 (45%)	40 (29%)	67 (49%)	38 (28%)	82 (60%)	70 (51%)	23 (17%)	62 (45%)	9 (7%)	47 (34%)
Moins de 35 ans (n=63)	27 (43%)	15 (24%)	33 (52%)	19 (30%)	32 (51%)	34 (54%)	13 (21%)	28 (44%)	2 (3%)	24 (38%)
Entre 36 et 45 ans (n=66)	34 (52%)	19 (29%)	25 (38%)	25 (38%)	38 (58%)	32 (48%)	14 (21%)	24 (36%)	4 (6%)	16 (24%)
Entre 46 et 55 ans (n=78)	28 (36%)	25 (32%)	40 (51%)	32 (41%)	48 (62%)	35 (44%)	14 (18%)	33 (42%)	5 (6%)	24 (31%)
Plus de 56 ans (n=94)	37 (39%)	36 (38%)	44 (47%)	22 (23%)	46 (49%)	41 (44%)	18 (19%)	43 (46%)	12 (13%)	31 (33%)
Urbain (n=161)	69 (43%)	52 (32%)	70 (43%)	52 (32%)	80 (50%)	82 (51%)	30 (19%)	72 (45%)	12 (7%)	54 (34%)
Semi-urbain (n=76)	35 (46%)	29 (38%)	42 (55%)	24 (38%)	47 (62%)	30 (39%)	18 (24%)	28 (37%)	5 (7%)	19 (25%)
Rural (n=64)	22 (34%)	14 (22%)	30 (45%)	22 (34%)	37 (58%)	30 (47%)	11 (17%)	28 (44%)	6 (9%)	22 (34%)
Seul (n=53)	26 (49%)	18 (34%)	22 (42%)	17 (32%)	21 (40%)	21 (40%)	17 (32%)	26 (49%)	5 (9%)	12 (23%)
Cabinet médecin (n=126)	54 (43%)	40 (32%)	64 (51%)	33 (26%)	76 (60%)	53 (42%)	25 (20%)	52 (41%)	11 (9%)	43 (34%)
Cabinet pluridisciplinaire (n=66)	24 (36%)	22 (33%)	32 (48%)	27 (41%)	37 (56%)	37 (56%)	11 (17%)	23 (35%)	5 (8%)	18 (27%)
MSP (n=18)	5 (28%)	3 (17%)	8 (44%)	8 (44%)	12 (67%)	9 (50%)	3 (17%)	8 (44%)	0 (0%)	8 (44%)
Remplaçants (n=29)	14 (48%)	8 (28%)	15 (52%)	8 (28%)	15 (52%)	17 (59%)	1 (3%)	15 (52%)	1 (3%)	11 (38%)
Salariés (n=9)	3 (33%)	4 (44%)	1 (11%)	5 (56%)	3 (33%)	5 (56%)	2 (22%)	4 (44%)	1 (11%)	3 (33%)
Moins de 30h (n=25)	13 (52%)	7 (28%)	9 (36%)	6 (24%)	13 (52%)	15 (60%)	4 (16%)	12 (48%)	1 (4%)	11 (44%)
Entre 31h et 40H (n=57)	23 (40%)	18 (32%)	32 (56%)	19 (33%)	32 (56%)	34 (60%)	14 (25%)	22 (39%)	1 (2%)	11 (19%)

Profil	Amélioration diététique / n (%)	Activité physique / n (%)	Meilleure observance / n (%)	Amélioration autonomie / n (%)	Responsabilisation patient / n (%)	Amélioration connaissances / n (%)	Amélioration qualité de vie / n (%)	Prise en charge FDR / n (%)	Relation médecin-patient / n (%)	Prise en charge globale / n (%)
Entre 41h et 50h (n=105)	47 (45%)	31 (30%)	48 (46%)	40 (38%)	63 (60%)	46 (44%)	13 (12%)	38 (36%)	8 (8%)	37 (35%)
Entre 51h et 60h (n=78)	26 (33%)	27 (35%)	39 (50%)	21 (27%)	38 (49%)	38 (49%)	16 (21%)	35 (45%)	9 (12%)	24 (31%)
Plus de 60h (n=36)	17 (47%)	12 (33%)	14 (39%)	12 (33%)	18 (50%)	9 (25%)	12 (33%)	21 (58%)	4 (11%)	12 (33%)
Autre structure (n=69)	22 (32%)	26 (38%)	32 (46%)	27 (39%)	23 (33%)	30 (43%)	17 (25%)	22 (32%)	5 (7%)	19 (28%)
Pas d'autre structure (n=232)	104 (45%)	69 (30%)	110 (47%)	71 (31%)	141 (61%)	112 (48%)	42 (18%)	106 (46%)	118 (51%)	76 (33%)

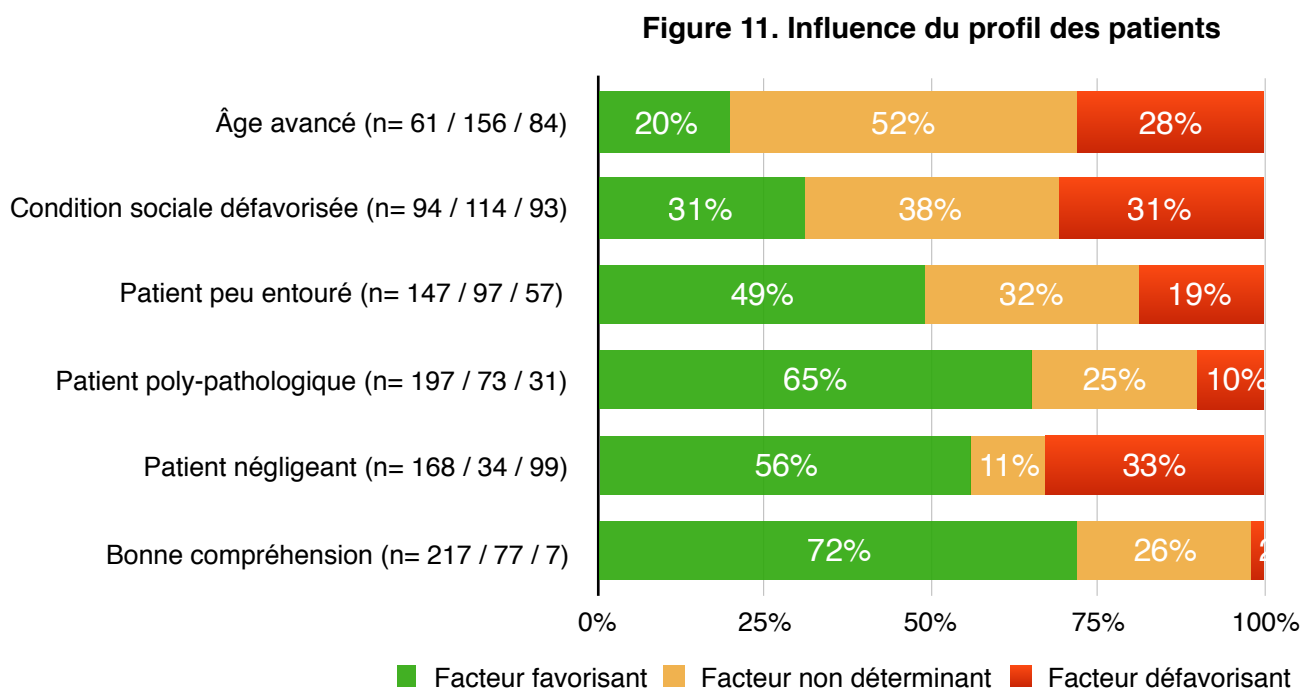
Figure 10. Attentes vis-à-vis des programmes ETP



Parmi la classification « Autre », les différentes attentes vis-à-vis des programmes ETP étaient la diminution de la consommation médicale (n=2), le rallongement de l'espérance de vie des patients (n=1), l'obtention de la ponctualité des patients (n=1) ou à l'inverse n'avoir aucune attente (n=3).

2. Profil des patients

Il a été demandé aux 301 médecins si certains profils de patients influent sur leur décision de les envoyer vers des programmes d'ETP. Voici les réponses en fonction des profils de patients:



IV. Expérience avec les programmes ETP

1. Orientation vers des programmes ETP

À la question demandant aux 301 médecins généralistes s'ils avaient déjà orienté un patient vers un programme ETP, les réponses ont été:

Tableau 3. Orientation de patients vers des programmes ETP

Profil	Oui / n (%)	Non / n (%)	Significativité
Total (n=301)	133 (44%)	168 (56%)	
Homme (n=164)	73 (45%)	91 (55%)	p=0,80
Femme (n=137)	59 (43%)	78 (57%)	

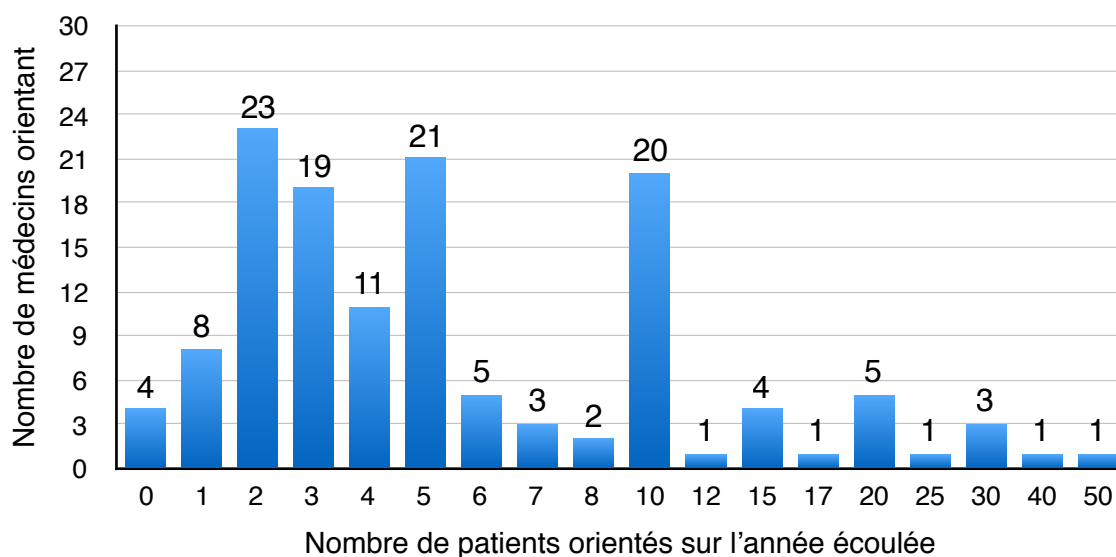
Profil	Oui / n (%)	Non / n (%)	Significativité
Moins de 35 ans (n=63)	26 (41%)	37 (59%)	p=0,82
Entre 36 et 45 ans (n=66)	27 (41%)	39 (59%)	
Entre 46 et 55 ans (n=78)	37 (47%)	41 (53%)	
56 ans et plus (n=94)	43 (46%)	51 (54%)	
Urbain (n=161)	69 (42%)	92 (58%)	p=0,88
Semi-urbain (n=76)	35 (46%)	41 (54%)	
Rural (n=64)	29 (45%)	35 (55%)	
Seul (n=53)	22 (42%)	31 (58%)	p=0,42
Cabinet de groupe de médecins (n=126)	52 (41%)	74 (59%)	
Cabinet pluridisciplinaire (n=66)	29 (44%)	37 (56%)	
MSP (n=18)	11 (61%)	7 (29%)	
Remplaçants (n=29)	13 (45%)	16 (55%)	
Salariés (n=9)	6 (67%)	3 (33%)	
Moins de 30h (n=25)	13 (52%)	12 (48%)	p<0,05
Entre 31h et 40h (n=57)	21 (37%)	36 (63%)	
Entre 41h et 50h (n=105)	37 (35%)	68 (65%)	
Entre 51 et 60h (n=78)	42 (54%)	36 (46%)	
Plus de 60h (n=36)	20 (56%)	16 (44%)	
Autre structure (n=69)	34 (49%)	35 (51%)	p=0,33
Pas d'autre structure (n=232)	99 (43%)	133 (57%)	

2. Nombre de patients adressés

Pour les 133 / 301 médecins (44%) ayant déjà adressé des patients à des programmes ETP il leur a été demandé d'évaluer combien de fois cela s'était produit sur l'année écoulée. En voici les résultats:

- Minimum: 0
- Maximum: 50
- Moyenne: 6,9 (+/- 7,7): écart-type
- Médiane: 5 (2;10): intervalles interquartiles 25%-75%

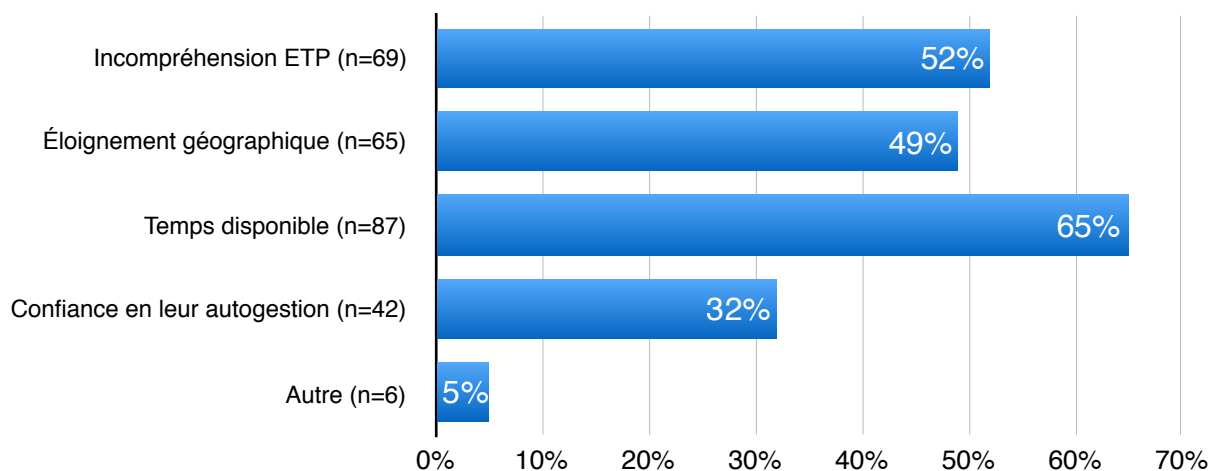
Figure 12. Nombre de patients orientés



3. Réticences des patients

Pour les 133 / 301 médecins (44%) ayant déjà orienté des patients vers des programmes ETP il leur a été demandé quelles étaient les principales raisons évoquées par les patients pour essayer de ne pas y participer. Voici la répartition des réponses:

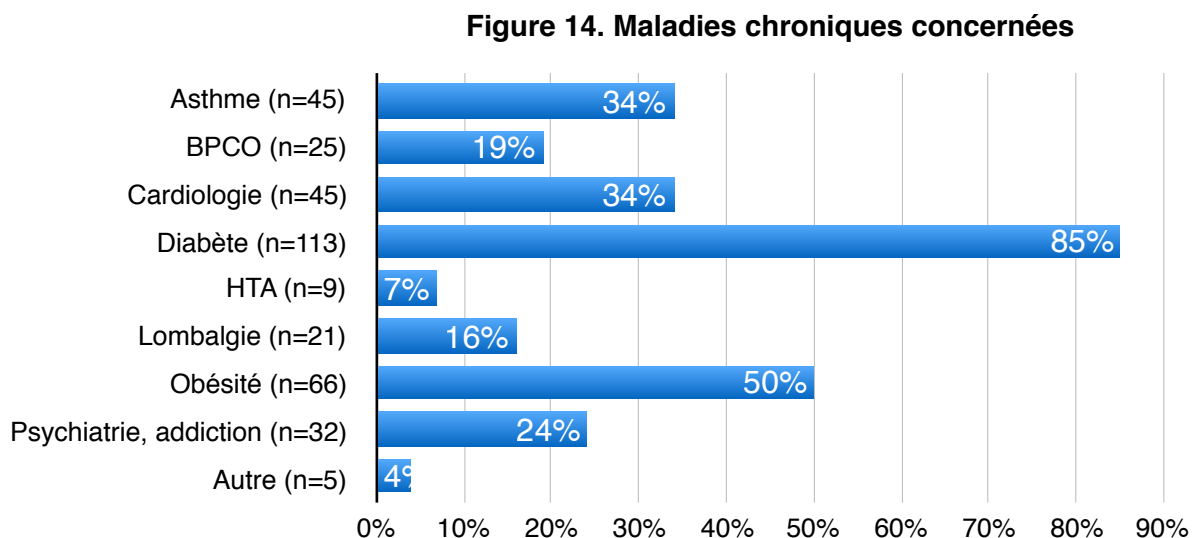
Figure 13. Réticences des patients



Parmi la classification « Autre », les réticences des patients évoquées pour ne pas participer à un programme ETP étaient une anxiété sociale du patient (n=2), un attachement trop important au médecin traitant (n=1), la déception de leur expérience à ces programmes (n=1), la fatalité du patient (n=1) ou encore l'envie du patient de penser à autre chose que sa maladie (n=1).

4. Maladies chroniques concernées

Pour les 133 / 301 médecins (44%) ayant déjà orienté des patients vers des programmes ETP, il leur a été demandé pour quelles maladies chroniques ils avaient déjà réalisé cette démarche. En voici les résultats:

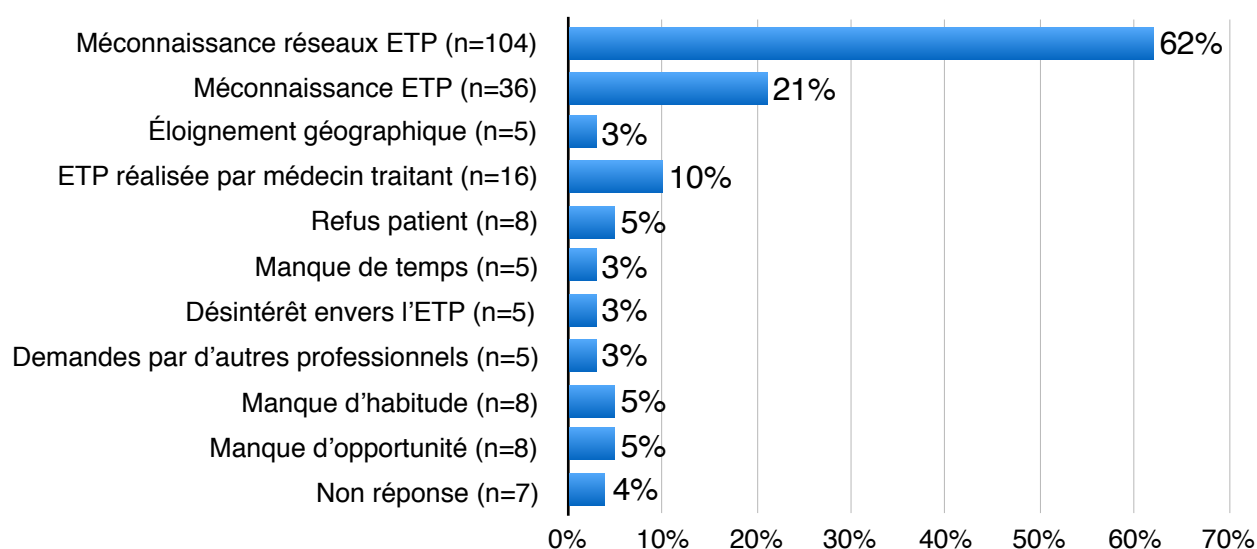


Parmi la classification « Autre », les autres maladies chroniques ayant amené une orientation vers un programme ETP étaient les troubles du sommeil (n=2), la fibromyalgie (n=1), la prévention des chutes à répétition de la personne âgée (n=1) et une prise en charge gériatrique globale (n=1).

5. Raisons de la non utilisation des programmes ETP

En ce qui concerne les 168 / 301 médecins (56%) ayant répondu n'avoir jamais orienté de patient vers des programmes ETP, il leur avait été demandé d'exprimer librement les raisons. Les différentes réponses ont ensuite été réparties en différentes catégories:

Figure 15. Raisons de la non utilisation des programmes ETP



Parmi les 104 / 168 médecins (62%) ayant évoqué une méconnaissance des centres ETP comme raison pour ne pas adresser leurs patients à un programme ETP, nous avons réalisé une analyse croisée en fonction de leur profil :

Tableau 4. Méconnaissance des réseaux ETP

Profil	Méconnaissance des réseaux / n (%)	Significativité
Total (n=168)	104 (62%)	
Homme (n=90)	51 (57%)	p=0,13
Femme (n=78)	53 (68%)	
Moins de 35 ans (n=37)	30 (81%)	p<0,05
Entre 36 et 45 ans (n=39)	27 (70%)	
Entre 46 et 55 ans (n=41)	23 (56%)	
56 ans et plus (n=51)	24 (47%)	
Urbain (n=92)	57 (62%)	p=0,99
Semi-urbain (n=41)	25 (61%)	
Rural (n=35)	22 (63%)	

Profil	Méconnaissance des réseaux / n (%)	Significativité
Seul (n=31)	15 (48%)	p=0,25
Cabinet de groupe de médecins (n=74)	47 (64%)	
Cabinet pluridisciplinaire (n=37)	26 (70%)	
MSP (n=7)	3 (43%)	
Remplaçants (n=16)	10 (63%)	
Salariés (n=3)	3 (100%)	
Moins de 30h (n=12)	8 (67%)	p<0,05
Entre 31h et 40h (n=36)	24 (67%)	
Entre 41h et 50h (n=68)	49 (72%)	
Entre 51h et 60h (n=36)	16 (44%)	
Plus de 60h (n=16)	7 (44%)	
Autre structure (n=30)	19 (63%)	p=0,86
Pas d'autre structure (n=138)	85 (62%)	

Parmi les 36 / 168 médecins (21%) ayant évoqué une méconnaissance de l'ETP comme raison pour ne pas envoyer de patient vers des programmes ETP, nous avons réalisé une analyse croisée en fonction de leur profil :

Tableau 5. Méconnaissance de l'ETP

Profil	Méconnaissance ETP / n (%)	Significativité
Total (n=168)	36 (21%)	
Homme (n=90)	17 (19%)	p=0,39
Femme (n=78)	19 (24%)	
Moins de 35 ans (n=37)	6 (16%)	p=0,74
Entre 36 et 45 ans (n=39)	9 (23%)	
Entre 46 et 55 ans (n=41)	8 (20%)	
56 ans et plus (n=51)	13 (25%)	
Urbain (n=92)	17 (18%)	p=0,37
Semi-urbain (n=41)	12 (29%)	
Rural (n=35)	7 (20%)	

Profil	Méconnaissance ETP / n (%)	Significativité
Seul (n=31)	8 (26%)	p=0,37
Cabinet de groupe de médecins (n=74)	17 (23%)	
Cabinet pluridisciplinaire (n=37)	7 (19%)	
MSP (n=7)	0 (0%)	
Remplaçants (n=16)	6 (38%)	
Salariés (n=3)	0 (0%)	
Moins de 30h (n=12)	1 (8%)	p=0,16
Entre 31h et 40h (n=36)	6 (17%)	
Entre 41h et 50h (n=68)	13 (19%)	
Entre 51h et 60h (n=36)	13 (36%)	
Plus de 60h (n=16)	3 (19%)	
Autre structure (n=30)	6 (20%)	p=0,83
Pas d'autre structure (n=138)	30 (22%)	

Parmi les 16 / 168 médecins (10%) ayant expliqué le fait de ne pas adresser de patient vers des programmes ETP car réalisant eux-même l'éducation de leurs patients, nous avons réalisé une analyse croisée en fonction de leur profil:

Tableau 6. ETP réalisée par le médecin traitant

Profil	ETP réalisée par médecin traitant / n (%)	Significativité
Total (n=168)	16 (10%)	
Homme (n=90)	8 (9%)	p=0,76
Femme (n=78)	8 (10%)	
Moins de 35 ans (n=37)	1 (3%)	p=0,55
Entre 36 et 45 ans (n=39)	2 (5%)	
Entre 46 et 55 ans (n=41)	8 (20%)	
56 ans et plus (n=51)	5 (10%)	
Urbain (n=92)	4 (4%)	p<0,05
Semi-urbain (n=41)	9 (22%)	
Rural (n=35)	3 (9%)	

Profil	ETP réalisée par médecin traitant / n (%)	Significativité
Seul (n=31)	6 (19%)	p=0,26
Cabinet de groupe de médecins (n=74)	6 (8%)	
Cabinet pluridisciplinaire (n=37)	4 (11%)	
MSP (n=7)	0 (0%)	
Remplaçants (n=16)	0 (0%)	
Salariés (n=3)	0 (0%)	
Moins de 30h (n=12)	0 (0%)	p=0,26
Entre 31h et 40h (n=36)	4 (11%)	
Entre 41h et 50h (n=68)	8 (12%)	
Entre 51h et 60h (n=36)	1 (3%)	
Plus de 60h (n=16)	3 (19%)	
Autre structure (n=30)	3 (10%)	p=1
Pas d'autre structure (n=138)	13 (9%)	

V. Inscription à des programmes ETP

1. Circonstances d'inscription

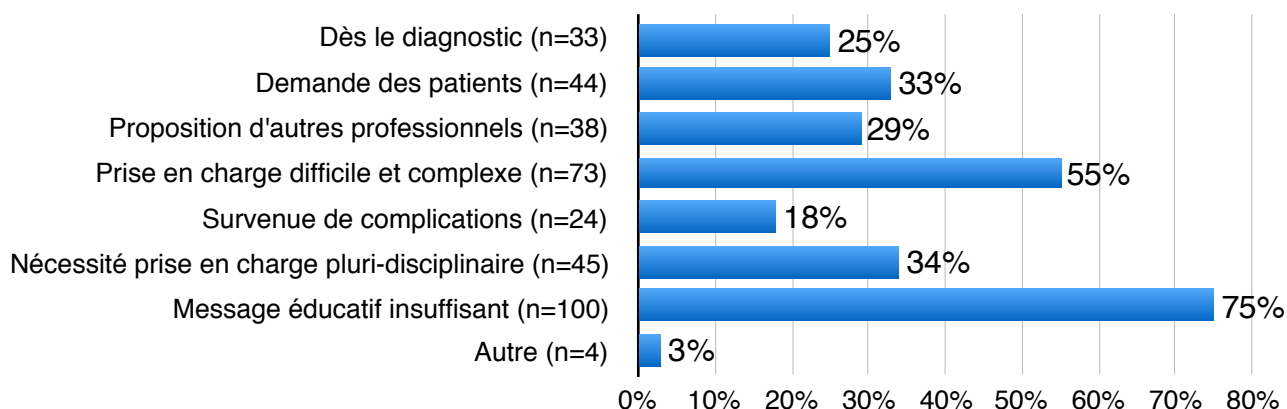
Concernant les 133 / 301 médecins (44%) affirmant avoir déjà orienté des patients vers des programmes ETP, il leur a été demandé de citer les différentes circonstances parmi lesquelles cela pouvait survenir:

Tableau 7. Circonstances d'inscription à un programmes d'ETP

Profil	Dès le diagnostic / n (%)	Demande des patients / n (%)	Proposition d'autres professionnels / n (%)	Prise en charge difficile et complexe / n (%)	Survenue complications / n (%)	Nécessité prise en charge pluridisciplinaire / n (%)	Message éducatif insuffisant / n (%)	Autre / n (%)
Total (n=133)	33 (25%)	44 (33%)	38 (29%)	73 (55%)	24 (18%)	45 (34%)	100 (75%)	4 (3%)
Homme (n=73)	18 (25%)	21 (29%)	22(30%)	40 (55%)	14 (19%)	23 (32%)	58 (79%)	
Femme (n=59)	15 (25%)	23 (39%)	16 (27%)	33 (56%)	10 (17%)	22 (37%)	42 (71%)	

Profil	Dès le diagnostic / n (%)	Demande des patients / n (%)	Proposition d'autres professionnels / n (%)	Prise en charge difficile et complexe / n (%)	Survenue complications / n (%)	Nécessité prise en charge pluridisciplinaire / n (%)	Message éducatif insuffisant / n (%)	Autre / n (%)
Moins de 35 ans (n=26)	9 (35%)	13 (50%)	7 (27%)	16 (62%)	8 (31%)	8 (31%)	21 (81%)	
Entre 36 et 45 ans (n=27)	4 (15%)	9 (33%)	8 (30%)	14 (52%)	4 (15%)	11 (41%)	17 (63%)	
Entre 46 et 55 ans (n=37)	11 (30%)	13 (35%)	15 (41%)	19 (51%)	4 (11%)	8 (22%)	29 (78%)	
56 ans et plus (n=43)	9 (21%)	9 (21%)	8 (19%)	24 (56%)	8 (19%)	18 (42%)	33 (77%)	
Urbain (n=69)	16 (23%)	25 (36%)	24 (35%)	38 (55%)	11 (16%)	20 (29%)	51 (74%)	
Semi-urbain (n=35)	11 (31%)	9 (26%)	6 (17%)	19 (54%)	7 (20%)	16 (46%)	26 (74%)	
Rural (n=29)	6 (21%)	10 (34%)	8 (28%)	16 (55%)	6 (21%)	9 (31%)	23 (79%)	
Seul (n=22)	5 (23%)	6 (27%)	6 (27%)	15 (68%)	3 (14%)	6 (27%)	16 (73%)	
Cabinet de médecins (n=52)	10 (19%)	20 (38%)	22 (42%)	27 (52%)	12 (23%)	21 (40%)	39 (75%)	
Cabinet pluridisciplinaire (n=29)	9 (31%)	6 (21%)	7 (24%)	14 (48%)	2 (7%)	8 (28%)	20 (69%)	
MSP (n=11)	3 (27%)	4 (36%)	0 (0%)	5 (45%)	3 (27%)	5 (45%)	11 (100%)	
Remplaçants (n=13)	5 (38%)	7 (54%)	3 (23%)	9 (69%)	3 (23%)	2 (15%)	11 (85%)	
Salariés (n=6)	1 (17%)	1 (17%)	0 (0%)	3 (50%)	1 (17%)	3 (50%)	3 (50%)	
Moins de 30h (n=13)	6 (46%)	4 (31%)	5 (38%)	7 (54%)	3 (23%)	3 (23%)	10 (77%)	
Entre 31 et 40h (n=21)	2 (10%)	8 (38%)	2 (10%)	10 (48%)	4 (19%)	9 (43%)	14 (67%)	
Entre 41 et 50h (n=37)	8 (22%)	16 (43%)	16 (43%)	16 (43%)	5 (14%)	11 (30%)	28 (76%)	
Entre 51 et 60h (n=42)	11 (26%)	12 (29%)	12 (29%)	25 (60%)	7 (17%)	13 (31%)	34 (81%)	
Plus de 60h (n=20)	6 (30%)	4 (20%)	3 (15%)	15 (75%)	5 (25%)	9 (45%)	14 (70%)	
Autre structure (n=34)	12 (35%)	13 (38%)	5 (15%)	16 (47%)	9 (27%)	13 (38%)	23 (68%)	
Pas d'autre structure (n=99)	21 (21%)	31 (31%)	33 (33%)	57 (58%)	15 (15%)	32 (32%)	77 (78%)	

Figure 16. Circonstances d'inscription à un programme d'ETP

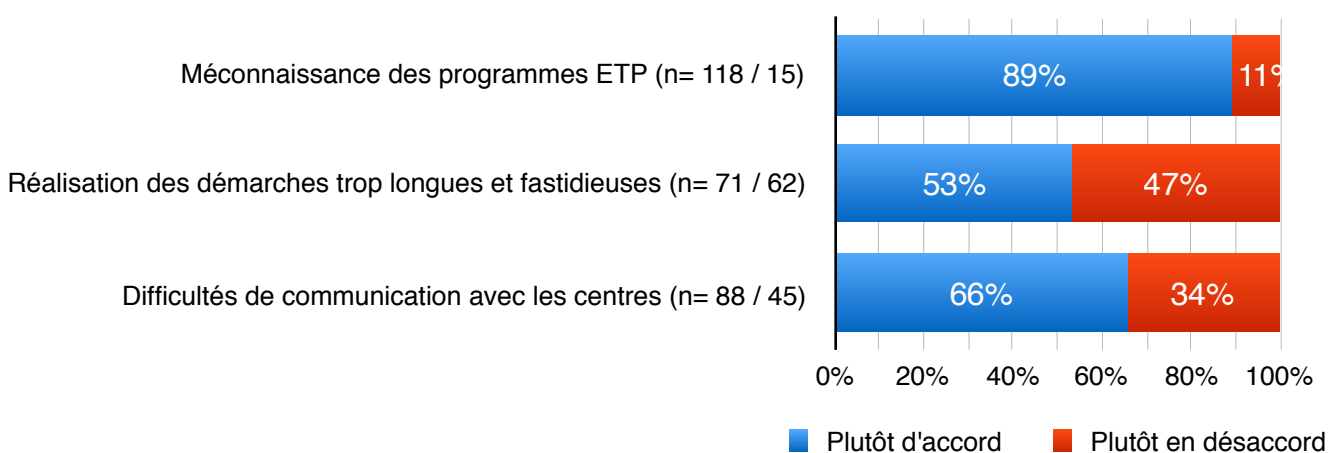


Parmi les réponses classées dans la catégorie « Autre », les médecins évoquaient comme circonstances d'inscription de leurs patients à un programme d'ETP la capacité de compréhension du patient (n=1), le manque de motivation du patient aux changements (n=1), l'insuffisance de l'observance (n=1) ou encore des erreurs de compréhension du patient (n=1).

2. Procédures d'inscription

Auprès des 133 / 301 médecins (44%) ayant déjà orienté des patients à des programmes ETP, il leur été demandé leur avis sur différentes affirmations concernant les procédures d'inscription:

Figure 17. Évaluation des procédures d'inscription



En ce qui concerne la méconnaissance des programmes ETP, nous avons réalisé une analyse croisée sur le profil des 133 médecins répondants:

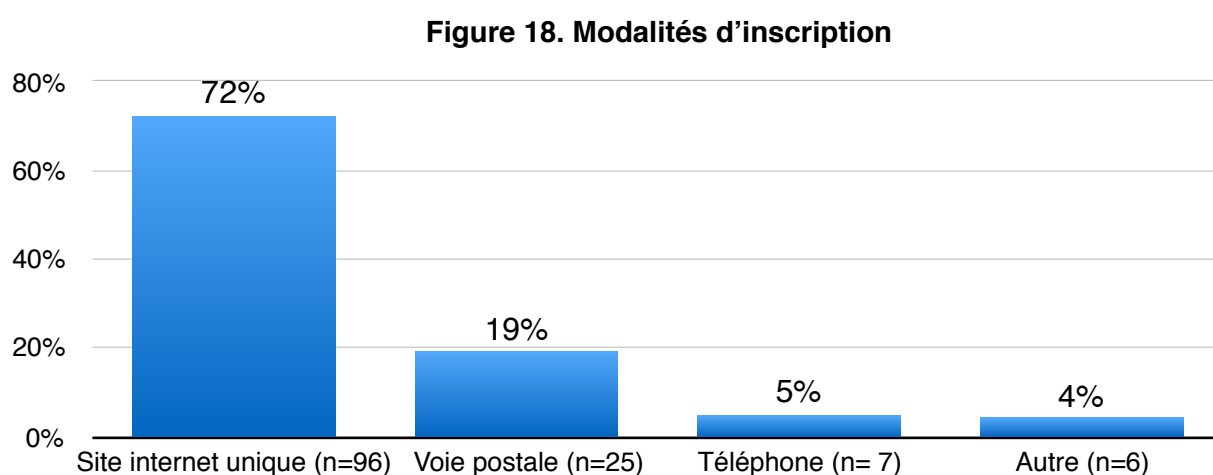
Tableau 8. Évaluation de la connaissance des programmes ETP

Profil	Méconnaissance des réseaux / n (%)	Connaissance des réseaux / n (%)	Significativité
Total (n=133)	118 (89%)	15 (11%)	
Homme (n=73)	63 (86%)	10 (14%)	p=0,34
Femme (n=59)	54 (92%)	5 (8%)	
Moins de 35 ans (n=26)	24 (92%)	2 (8%)	p=0,38
Entre 35 et 45 ans (n=27)	25 (93%)	2 (7%)	
Entre 46 et 55 ans (n=37)	30 (81%)	7 (19%)	
56 ans et plus (n=43)	39 (91%)	4 (9%)	
Urbain (n=69)	60 (87%)	9 (13%)	p=0,68
Semi-urbain (n=35)	31 (89%)	4 (11%)	
Rural (n=29)	27 (93%)	2 (7%)	
Seul (n=22)	20 (91%)	2 (9%)	p=0,61
Cabinet de groupe de médecins (n=52)	47 (90%)	5 (10%)	
Cabinet pluri-disciplinaire (n=29)	25 (86%)	4 (14%)	
MSP (n=11)	10 (91%)	1 (9%)	
Remplaçants (n=13)	12 (92%)	1 (8%)	
Salariés (n=6)	4 (67%)	2 (33%)	
Moins de 30h (n=13)	10 (77%)	3 (23%)	p=0,56
Entre 31h et 40h (n=21)	19 (90%)	2 (10%)	
Entre 41h et 50h (n=37)	32 (86%)	5 (14%)	
Entre 51h et 60h (n=42)	38 (90%)	4 (10%)	
Plus de 60h (n=20)	19 (95%)	1 (5%)	
Autre structure (n=34)	27 (79%)	7 (21%)	p=0,09
Pas d'autre structure (n=99)	91 (92%)	8 (8%)	

VI. Suivi des patients au cours d'un programme d'ETP

1. Modalités d'inscription

Il a été demandé aux 133 / 301 médecins (44%) ayant déjà orienté un patient vers un programme d'ETP, par quel(s) moyen(s) ils souhaiteraient que ces demandes soient réalisées entre un site internet centralisant toutes les demandes ou un centre référent postal:

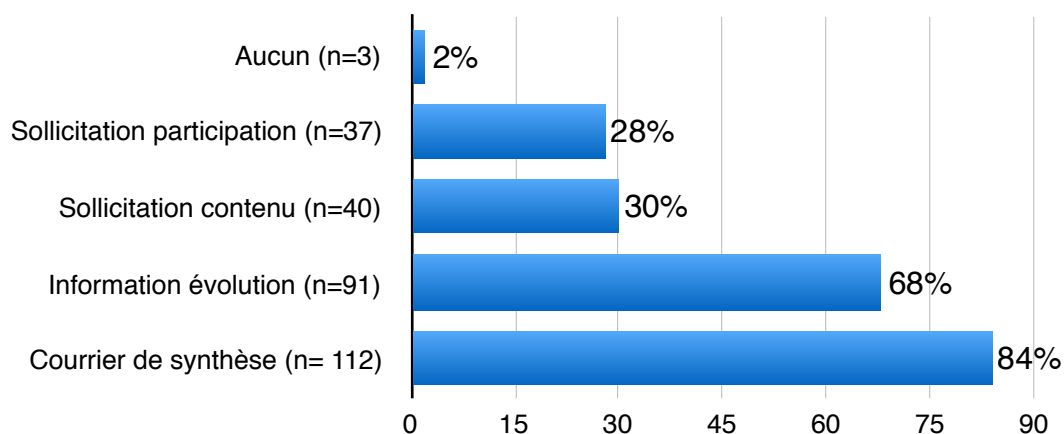


En ce qui concerne la classification « Autre », les souhaits des médecins généralistes pour les modalités d'inscription étaient une inscription par simple ordonnance (n=2), une demande envoyée par fax (n=2), une demande réalisée par courriel (n=1) ou encore une demande via une fiche commune à tous les centres (n=1).

2. Attentes vis-à-vis des échanges avec les centres ETP

Il a été demandé auprès des 133 / 301 médecins (44%) ayant déjà envoyé un patient vers un programme d'ETP, ce qu'ils souhaiteraient comme échanges avec les centres accueillant leurs patients pour un programme d'ETP. Voici leurs principales attentes:

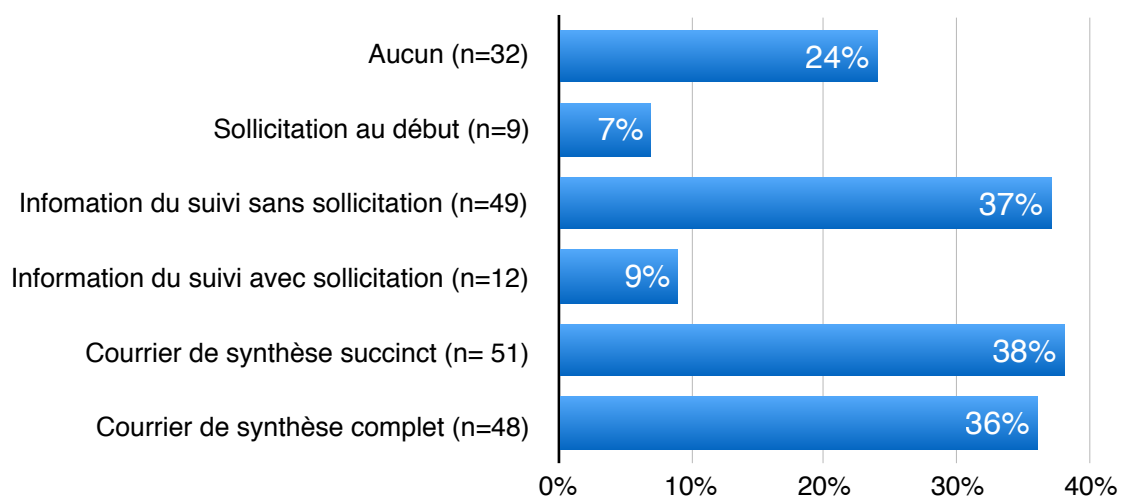
Figure 19. Attente des échanges envers les centres ETP



3. Expériences sur les échanges réalisés avec les centres

Il a ensuite été demandé aux 133 / 301 médecins (44%) ayant déjà adressé un patient vers un programme ETP, quels avaient été les différents échanges avec les structures accueillant leurs patients au cours de leurs différentes expériences:

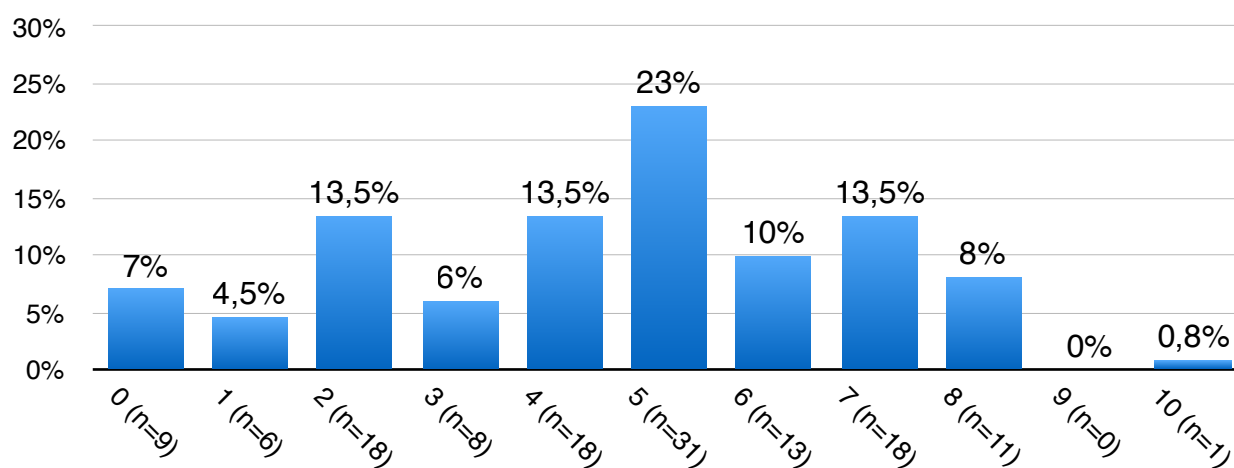
Figure 20. Expériences concernant les échanges avec les centres



4. Évaluation des échanges avec les centres

Il a été posé comme question aux 133 / 301 médecins (44%) ayant déjà orienté un patient vers un programme d'ETP, d'évaluer la qualité des échanges qu'ils ont eu avec les centres accueillant leurs patients, en donnant une note sur 10 (0 correspondant à déplorable et 10 correspondant à excellent). Voici les résultats:

Figure 21. Évaluation de la qualité des échanges avec les centres



Ainsi, il est possible de caractériser l'évaluation de la qualité des échanges comme tel:

- Note minimale: 0
- Note maximale: 10
- Moyenne des notes: 4,47 (+/-2,31) : écart-type
- Médiane: 5 (2,75-6): intervalles interquartiles 25%-75%

VII. Réalisation de l'ETP au cabinet

1. Pratique de l'ETP au cabinet

Il a été demandé à l'ensemble des 301 médecins participant au questionnaire d'évoquer leur pratique de l'ETP au cabinet:

Tableau 9. Réalisation de l'ETP au cabinet

Profil	Consultations classiques / n (%)	Consultations dédiées / n (%)	Pluri-disciplinaire hors programme ARS / n (%)	Programmes ARS / n (%)	Pas de pratique d'ETP / n (%)	Significativité
Total (n=301)	231 (78%)	19 (6%)	2 (1%)	7 (2%)	40 (13%)	
Homme (n=164)	121 (74%)	12 (7%)	0 (0%)	3 (2%)	28 (17%)	p=0,085
Femme (n=137)	112 (82%)	7 (5%)	2 (1%)	4 (3%)	12 (9%)	
Moins de 35 ans (n=63)	53 (84%)	2 (3%)	0 (0%)	1 (2%)	7 (11%)	p=0,78
Entre 36 et 45 ans (n=66)	54 (82%)	3 (5%)	0 (0%)	2 (3%)	7 (11%)	
Entre 46 et 55 ans (n=78)	58 (74%)	5 (6%)	1 (1%)	2 (3%)	12 (15%)	
Plus de 56 ans (n=94)	68 (72%)	9 (10%)	1 (1%)	2 (2%)	14 (15%)	
Urbain (n=161)	121 (75%)	9 (6%)	2 (1%)	2 (1%)	27 (17%)	p=0,1
Semi-urbain (n=76)	65 (86%)	5 (7%)	0 (0%)	3 (4%)	3 (4%)	
Rural (n=64)	47 (73%)	5 (8%)	0 (0%)	2 (3%)	10 (16%)	
Seul (n=53)	44 (83%)	6 (11%)	0 (0%)	1 (2%)	2 (4%)	p<0,05
Cabinet de groupe de médecins (n=126)	105 (83%)	5 (4%)	0 (0%)	1 (2%)	15 (12%)	
Cabinet pluridisciplinaire (n=66)	49 (74%)	4 (6%)	0 (0%)	1 (2%)	12 (18%)	
MSP(n=18)	4 (22%)	4 (22%)	1 (6%)	3 (17%)	6 (33%)	
Remplaçants (n=29)	26 (90%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (10%)	
Salariés (n=9)	5 (56%)	0 (0%)	1 (11%)	1 (11%)	2 (22%)	

Profil	Consultations classiques / n (%)	Consultations dédiées / n (%)	Pluri-disciplinaire hors programme ARS / n (%)	Programmes ARS / n (%)	Pas de pratique d'ETP / n (%)	Significativité
Moins de 30h (n=25)	22 (88%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (8%)	p=0,31
Entre 31h et 40h (n=57)	41 (72%)	2 (4%)	2 (4%)	3 (5%)	9 (16%)	
Entre 41h et 50h (n=105)	81 (77%)	9 (9%)	0 (0%)	1 (1%)	14 (13%)	
Entre 51h et 60h (n=78)	59 (76%)	4 (5%)	0 (0%)	2 (3%)	13 (17%)	
Plus de 60h (n=36)	30 (83%)	3 (8%)	0 (0%)	1 (3%)	2 (6%)	
Autre structure (n=69)	52 (75%)	4 (6%)	1 (1%)	4 (6%)	8 (12%)	p=0,64
Pas d'autre structure (n=232)	181 (78%)	15 (6%)	1 (0%)	3 (1%)	32 (14%)	

2. Modalités de l'ETP au cabinet

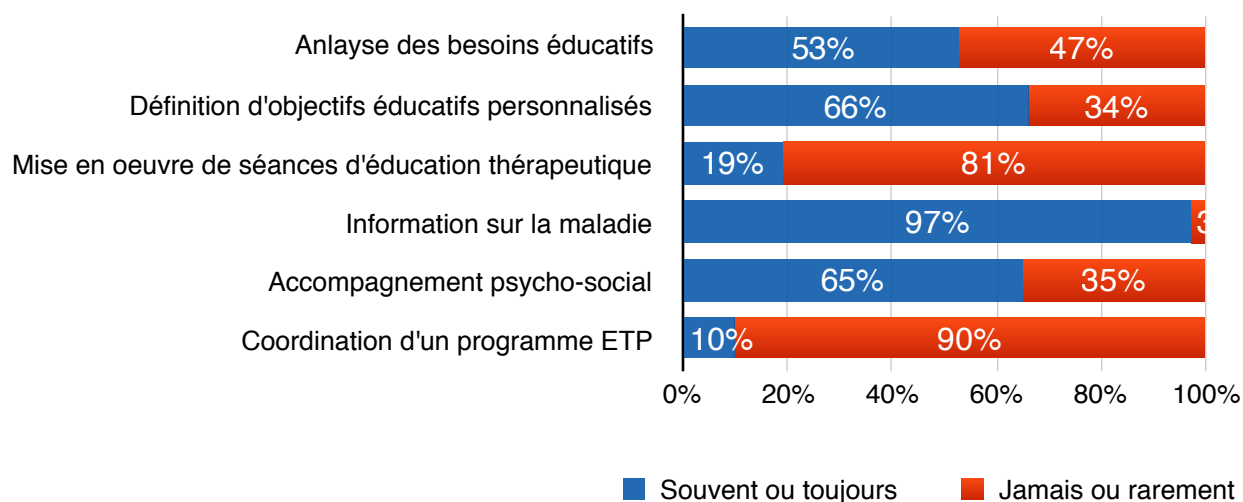
Il a été demandé aux 261 / 301 médecins (87%) affirmant pratiquer de l'ETP de décrire leur implication au travers des différentes étapes constituant la réalisation de l'ETP:

Tableau 10. Modalités de l'ETP au cabinet

Profil	Analyse besoins éducatifs / n (%)	Définition d'objectifs éducatifs personnalisés / n (%)	Mise en oeuvre de séances d'ETP / n (%)	Information sur la maladie n (%)	Accompagnement psychosocial / n (%)	Coordination programme ETP / n (%)
Total (n=261)	140 (54%)	173 (66%)	49 (19%)	255 (98%)	168 (64%)	25 (10%)
Homme (n=136)	80 (59%)	89 (65%)	33 (24%)	132 (97%)	78 (57%)	12 (9%)
Femme (n=125)	60 (48%)	84 (67%)	16 (13%)	123 (98%)	90 (72%)	13 (10%)

Profil	Analyse besoins éducatifs / n (%)	Définition d'objectifs éducatifs personnalisés / n (%)	Mise en oeuvre de séances d'ETP / n (%)	Information sur la maladie n (%)	Accompagne ment psycho-social / n (%)	Coordination programme ETP / n (%)
Moins de 35 ans (n=56)	25 (45%)	34 (61%)	3 (5%)	55 (98%)	37 (66%)	3 (5%)
Entre 36 et 45 ans (n=59)	33 (56%)	36 (61%)	11 (19%)	58 (98%)	43 (73%)	7 (12%)
Entre 46 et 55 ans (n=66)	31 (47%)	43 (65%)	13 (20%)	65 (98%)	38 (58%)	5 (8%)
Plus de 56 ans (n=80)	51 (64%)	60 (75%)	22 (28%)	77 (96%)	50 (63%)	10 (13%)
Urbain (n=134)	73 (54%)	84 (63%)	25 (19%)	131 (98%)	87 (65%)	11 (8%)
Semi-urbain (n=73)	37 (51%)	50 (68%)	14 (19%)	71 (97%)	48 (66%)	8 (11%)
Rural (n=54)	30 (56%)	39 (72%)	10 (19%)	53 (98%)	33 (61%)	6 (11%)
Seul (n=51)	32 (63%)	35 (69%)	14 (27%)	49 (96%)	37 (73%)	3 (6%)
Cabinet de groupe de médecins (n=111)	51 (46%)	73 (66%)	16 (14%)	109 (98%)	67 (60%)	9 (8%)
Cabinet pluridisciplinaire (n=54)	28 (52%)	34 (63%)	12 (22%)	52 (96%)	33 (61%)	4 (7%)
MSP (n=12)	9 (75%)	8 (67%)	4 (33%)	12 (100%)	11 (92%)	8 (67%)
Remplaçants (n=26)	13 (50%)	18 (69%)	1 (3%)	26 (100%)	16 (62%)	0 (0%)
Salariés (n=7)	7 (100%)	5 (71%)	2 (29%)	7 (100%)	4 (57%)	1 (14%)
Moins de 30h (n=23)	15 (65%)	16 (70%)	2 (9%)	23 (100%)	13 (57%)	0 (0%)
Entre 31h et 40h (n=48)	27 (56%)	32 (67%)	8 (17%)	48 (100%)	35 (73%)	6 (13%)
Entre 41h et 50h (n=91)	46 (51%)	59 (65%)	6 (7%)	89 (98%)	60 (66%)	5 (5%)
Entre 51h et 60h (n=65)	33 (51%)	43 (66%)	19 (29%)	59 (91%)	42 (65%)	8 (12%)
Plus de 60h (n=34)	19 (56%)	23 (68%)	14 (41%)	34 (100%)	18 (53%)	6 (18%)
Autre structure (n=61)	38 (62%)	42 (69%)	15 (25%)	60 (98%)	42 (69%)	7 (11%)
Pas d'autre structure (n=200)	102 (51%)	131 (66%)	34 (17%)	195 (98%)	126 (63%)	18 (9%)

Figure 22. Modalités de l'ETP au cabinet



3. Méthodes et outils pédagogiques

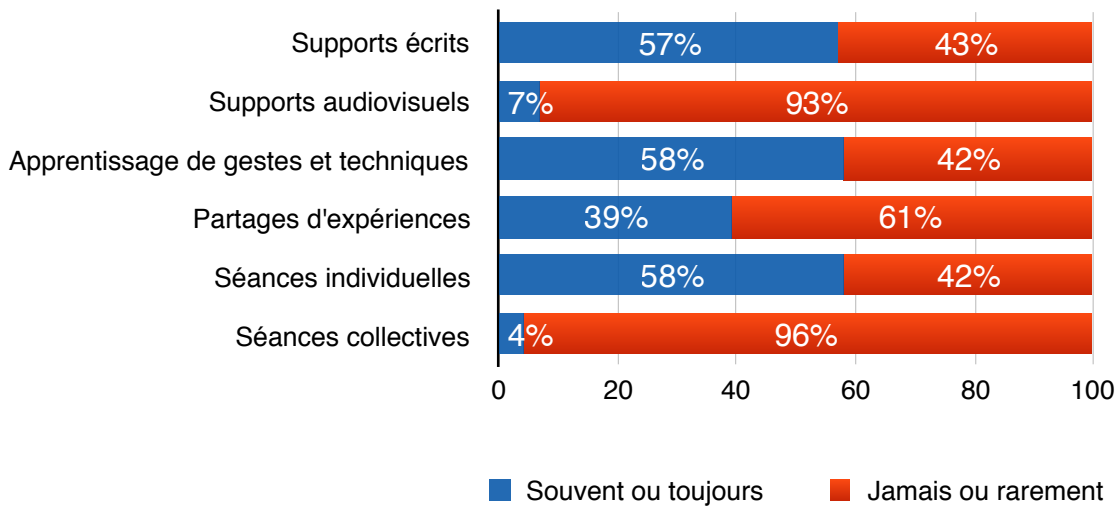
Il a été demandé aux 261 / 301 médecins (87%) affirmant pratiquer de l'ETP de s'exprimer sur leur utilisation des différentes méthodes et outils pédagogiques utilisés généralement lors de programmes ETP:

Tableau 11. Méthodes et outils pédagogiques utilisés au cabinet

Profil	Supports écrits / n (%)	Supports audiovisuels / n (%)	Apprentissage gestes et techniques / n (%)	Partage d'expériences / n (%)	Séances individuelles / n (%)	Séances collectives / n (%)
Total (n=261)	151 (57%)	20 (7%)	153 (58%)	102 (39%)	150 (58%)	9 (4%)
Homme (n=136)	79 (58%)	9 (7%)	80 (59%)	45 (33%)	69 (51%)	3 (2%)
Femme (n=125)	72 (58%)	11 (9%)	73 (58%)	57 (46%)	81 (65%)	6 (5%)
Moins de 35 ans (n=56)	31 (55%)	6 (11%)	29 (52%)	19 (34%)	33 (59%)	1 (2%)
Entre 36 et 45 ans (n=59)	31 (53%)	3 (5%)	35 (59%)	24 (41%)	37 (63%)	3 (5%)
Entre 46 et 55 ans (n=66)	43 (65%)	5 (8%)	42 (64%)	28 (42%)	42 (64%)	2 (3%)
Plus de 56 ans (n=80)	46 (58%)	6 (8%)	47 (59%)	31 (39%)	38 (48%)	3 (4%)

Profil	Supports écrits / n (%)	Supports audiovisuels / n(%)	Apprentissage gestes et techniques / n (%)	Partage d'expériences / n (%)	Séances individuelles / n (%)	Séances collectives / n (%)
Urbain (n=134)	74 (55%)	9 (7%)	88 (66%)	54 (40%)	85 (63%)	2 (1%)
Semi-urbain (n=73)	41 (56%)	6 (8%)	36 (49%)	24 (33%)	33 (45%)	4 (5%)
Rural (n=54)	36 (67%)	5 (9%)	29 (54%)	24 (44%)	32 (59%)	3 (6%)
Seul (n=51)	27 (53%)	2 (4%)	31 (61%)	17 (33%)	33 (65%)	1 (2%)
Cabinet de groupe de médecins (n=111)	65 (59%)	10 (9%)	62 (56%)	38 (34%)	58 (52%)	0 (0%)
Cabinet pluridisciplinaire (n=54)	36 (67%)	1 (2%)	28 (52%)	23 (43%)	28 (52%)	2 (4%)
MSP (n=12)	9 (75%)	4 (33%)	9 (75%)	8 (67%)	10 (83%)	5 (42%)
Remplaçants (n=26)	10 (38%)	2 (8%)	17 (65%)	12 (46%)	16 (62%)	0 (0%)
Salariés (n=7)	4 (71%)	1 (14%)	6 (86%)	4 (57%)	5 (71%)	1 (14%)
Moins de 30h (n=23)	12 (52%)	1 (4%)	13 (57%)	11 (48%)	12 (57%)	0 (0%)
Entre 31h et 40h (n=48)	31 (65%)	5 (10%)	31 (65%)	20 (42%)	29 (60%)	5 (10%)
Entre 41h et 50h (n=91)	54 (59%)	10 (11%)	43 (47%)	31 (34%)	60 (66%)	1 (1%)
Entre 51h et 60h (n=65)	39 (60%)	2 (3%)	49 (75%)	28 (43%)	33 (51%)	3 (5%)
Plus de 60h (n=34)	15 (44%)	2 (6%)	17 (50%)	12 (35%)	16 (47%)	0 (0%)
Autre structure (n=61)	32 (52%)	5 (8%)	32 (52%)	25 (41%)	34 (56%)	5 (8%)
Pas d'autre structure (n=200)	119 (60%)	15 (8%)	121 (61%)	77 (39%)	116 (58%)	4 (2%)

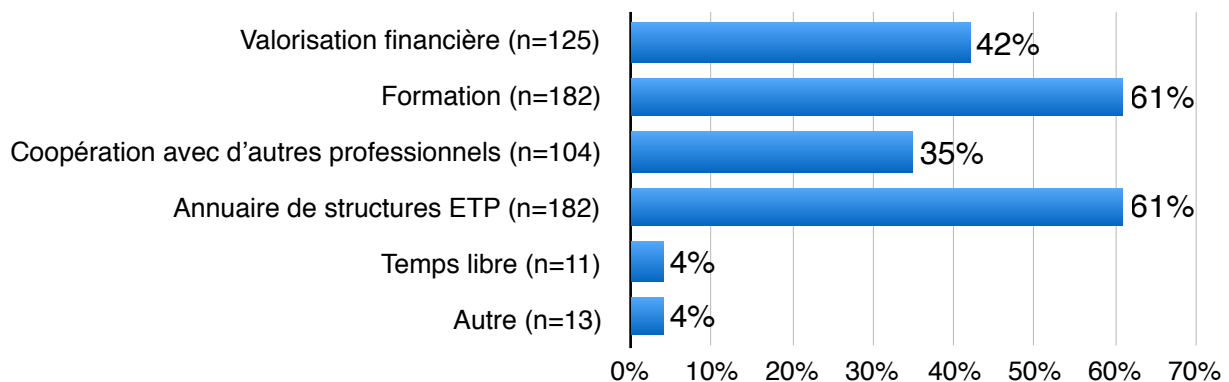
Figure 23. Méthodes et outils pédagogiques utilisés au cabinet



4. Aides au développement de l'ETP au cabinet

Il a été demandé à l'ensemble des 301 médecins ayant répondu au questionnaire, d'évoquer les solutions qui pourraient selon eux aider à développer les actions d'ETP au cabinet:

Figure 24. Aides au développement de l'ETP au cabinet



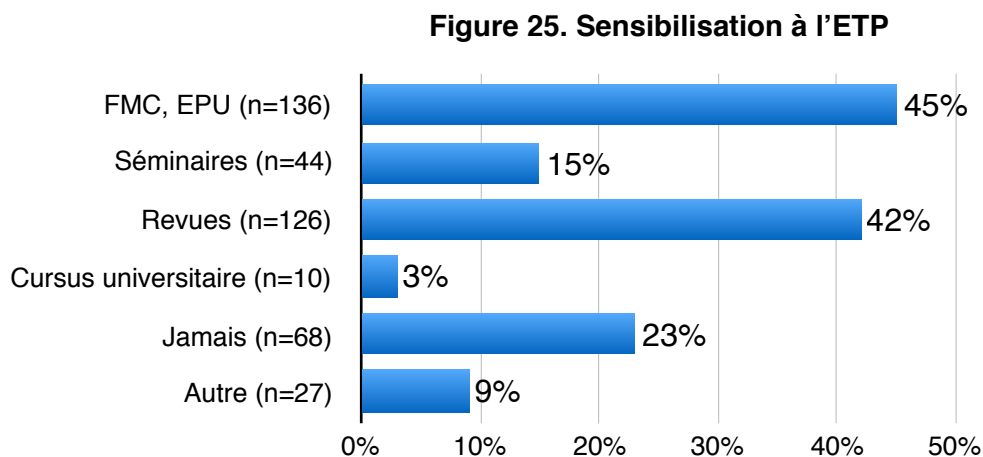
En ce qui concerne la classification « Autre », les idées émises par les médecins pour aider les actions d'ETP étaient la mise à disposition de supports pédagogiques (n=2), une refonte de l'exercice de la médecine générale (n=1), une augmentation des structures hospitalières (n=1) ou une amélioration de la reconnaissance (n=1). Certains médecins étaient réfractaires à l'idée de réaliser des actions d'ETP au cabinet (n=3) ou n'avaient pas

d'avis sur la question (n=3). Enfin, certains médecins affirmaient être déjà dans un programme en cours (n=2).

VIII. Formation à l'ETP

1. Sensibilisation à l'ETP

Il a été demandé à l'ensemble des 301 médecins répondant au questionnaire s'ils avaient déjà été sensibilisés à l'ETP:

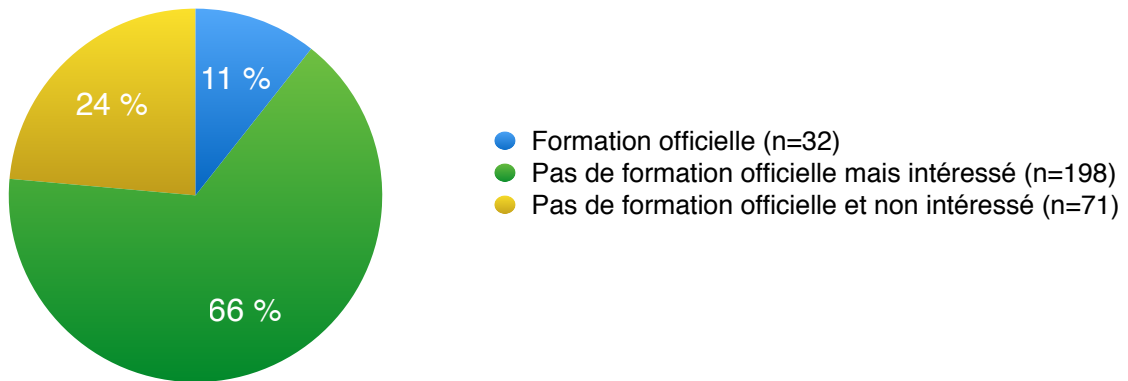


En ce qui concerne la catégorie « Autre », les différentes sensibilisations à l'ETP citées par les médecins se répartissaient en une formation officielle (n=7), des personnes de leur entourage réalisant de l'ETP (n=6), la lecture de thèses sur l'ETP (n=4), l'expérience avec les réseaux ETP (n=4), la réalisation du D.U. d'ETP (n=3), la réception d'une proposition de participation à un programme ETP (n=2) ou encore via des recherches personnelles (n=1).

2. Formation à l'ETP

Il a été posé la question à l'ensemble des 301 médecins répondant au questionnaire s'ils avaient déjà bénéficié d'une formation spécifique à l'ETP. Voici leur réponse:

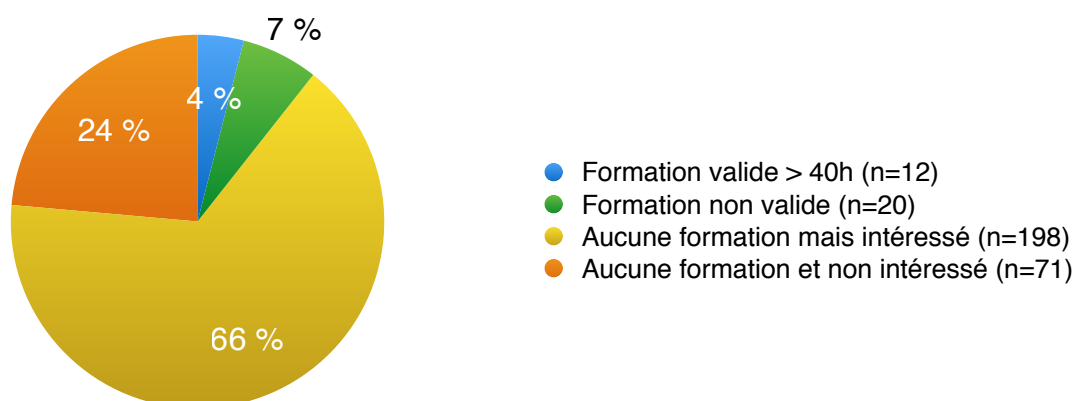
Figure 26. Formation à l'ETP



3. Formation officielle à l'ETP

Il a été demandé aux 32 / 301 médecins (11%) affirmant avoir bénéficié d'une formation officielle à l'ETP de préciser le nombre d'heures dédiées à cette formation. En effet, la formation officielle actuelle validée par l'ARS est de 40 heures. Les différentes réponses ont ainsi été classées en « formation officielle de plus de 40h » ou « formation non officielle » si la durée n'a pas été atteinte. Voici ainsi le graphique correspondant à l'ensemble des réponses des 301 médecins de l'étude:

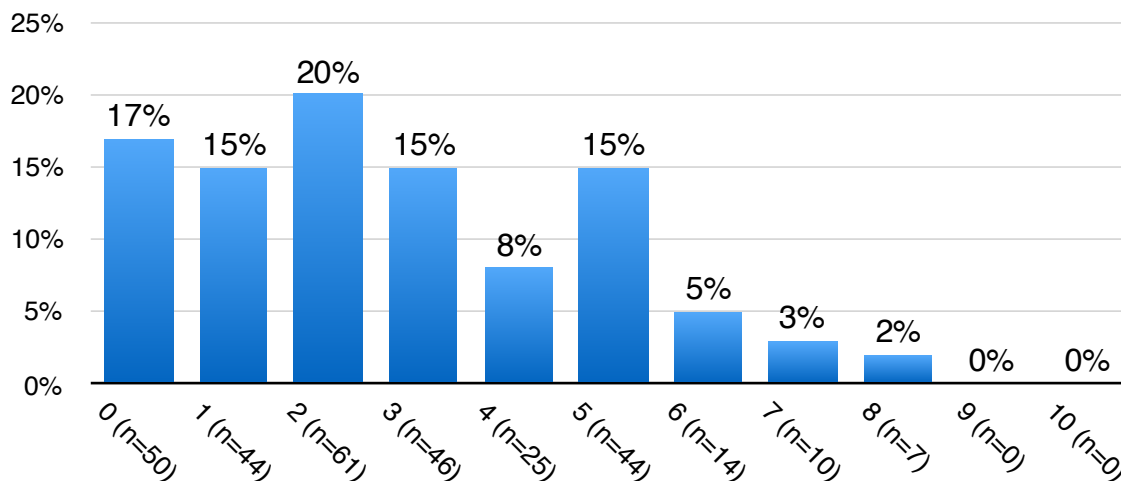
Figure 27. Formation officielle à l'ETP



4. Information dispensée aux médecins généralistes sur l'ETP

Il a été demandé à l'ensemble des 301 médecins répondant au questionnaire d'évaluer la qualité de l'information dispensée aux médecins généralistes sur l'ETP sur une échelle de 0 (déplorable) à 10 (excellent):

Figure 28. Évaluation de l'information dispensée aux médecins généralistes sur l'ETP



Ainsi, il est possible de caractériser la qualité de l'information dispensée aux médecins généralistes sur l'ETP comme tel:

- Note minimum: 0
- Note maximale: 8
- Moyenne: 2,77 (+/- 2,11) : écart-type
- Médiane: 2 (1 - 4,25) : intervalles interquartiles 25%-75%

Nous avons également réalisé une analyse croisée en fonction de l'âge des médecins ainsi que de leur lieu d'exercice:

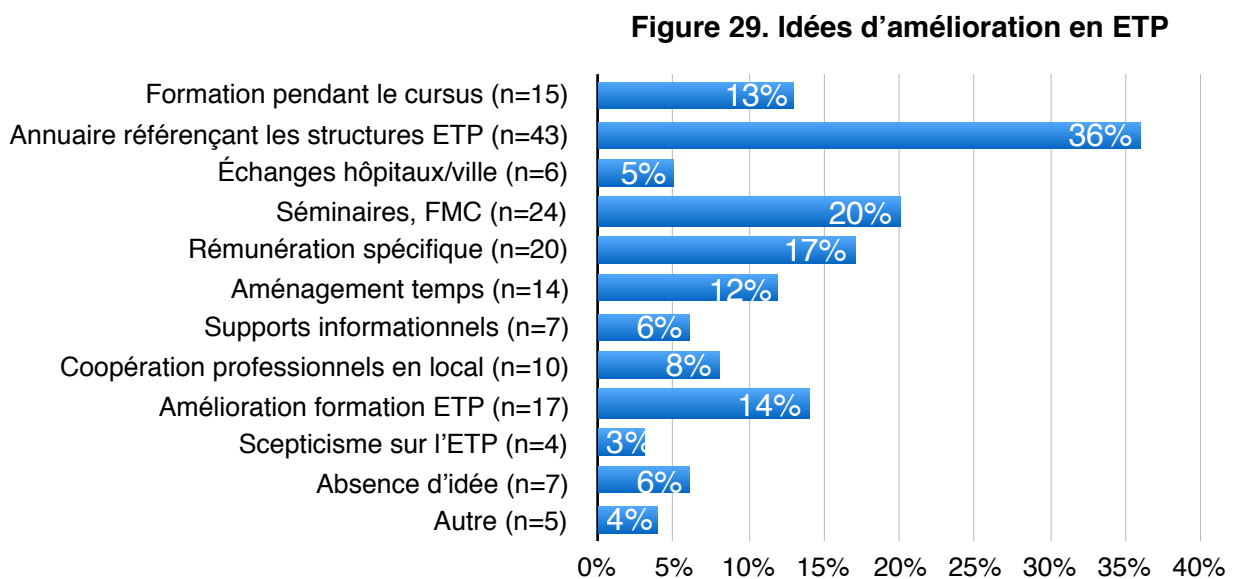
Tableau 12. Évaluation de l'information en ETP dispensée aux médecins généralistes

Profil	Note moyenne /10
Moins de 35 ans (n=63)	2,6
Entre 36 et 45 ans (n=66)	2,24
Entre 46 et 55 ans (n=78)	2,81
56 ans et plus (n=94)	3,2

Profil	Note moyenne /10
Urbain (n=161)	2,91
Semi-urbain (n=76)	2,79
Rural (n=64)	2,4

5. Idées d'amélioration

Il a été posé la question à l'ensemble des 301 médecins participant à cette étude d'exprimer librement leurs idées afin d'améliorer le fonctionnement de l'ETP. 120 / 301 médecins (40%) ont participé à cette question. Les différentes réponses ont par la suite été regroupées en plusieurs catégories:



En ce qui concerne la catégorie « Autre », les différentes idées d'amélioration de l'ETP évoquées par les médecins étaient la facilitation des modalités d'inscription (n=2), la réalisation d'une formation sur internet (n=1), un allègement du cadre légal (n=1) ou encore le souhait d'une centralisation de la gestion de l'ETP (n=1).

6. Participation à des programmes d'ETP

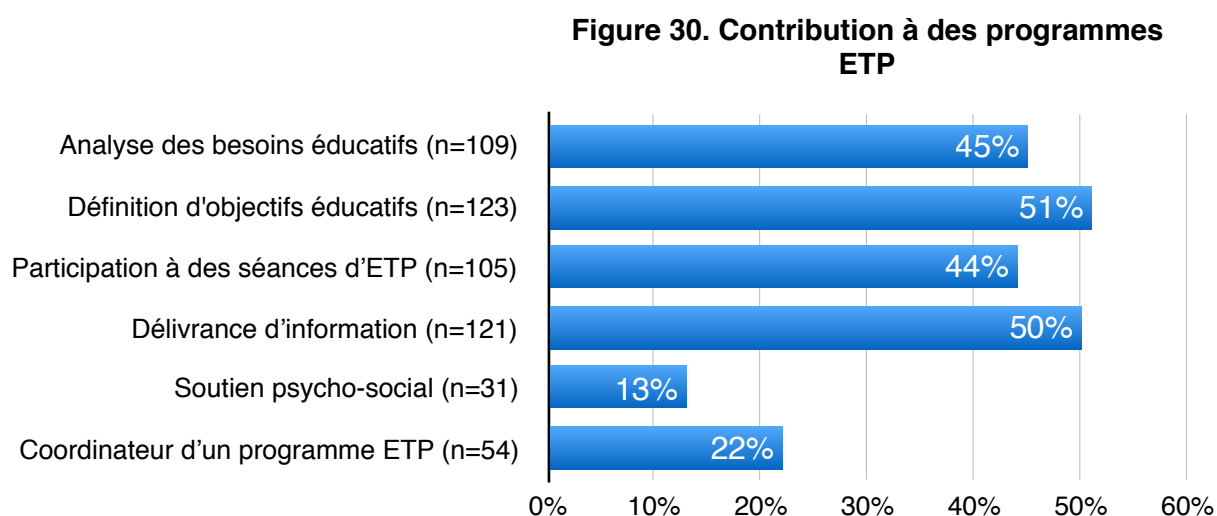
Il a été demandé à l'ensemble des 301 médecins répondant au questionnaire d'évoquer leur souhait de participer ou non ultérieurement à un programme d'ETP:

Tableau 12. Participation à des programmes d'ETP

Profil	Participe déjà / n (%)	Souhait de participer / n (%)	Eventuelle participation / n (%)	Refus de participer / n (%)
Total (n=301)	11 (4%)	56 (19%)	185 (62%)	49 (16%)
Homme (n=164)	4 (2%)	26 (16%)	100 (61%)	34 (21%)
Femme (n=137)	7 (5%)	30 (22%)	85 (62%)	15 (11%)
Moins de 35 ans (n=63)	0 (0%)	19 (30%)	39 (62%)	5 (8%)
Entre 36 et 45 ans (n=66)	5 (8%)	12 (18%)	41 (62%)	8 (12%)
Entre 46 et 55 ans (n=78)	2 (3%)	13 (17%)	48 (62%)	15 (19%)
Plus de 56 ans (n=94)	4 (4%)	12 (13%)	57 (61%)	21 (22%)
Urbain (n=161)	3 (2%)	25 (16%)	105 (65%)	28 (17%)
Semi-urbain (n=76)	4 (5%)	16 (21%)	45 (59%)	11 (14%)
Rural (n=64)	4 (6%)	15 (23%)	35 (55%)	10 (16%)
Seul (n=53)	1 (2%)	7 (13%)	32 (60%)	13 (25%)
Cabinet de groupe de médecins (n=126)	1 (1%)	16 (13%)	84 (67%)	25 (20%)
Cabinet pluridisciplinaire (n=66)	3 (5%)	14 (21%)	44 (67%)	5 (8%)
MSP (n=18)	3 (16%)	9 (50%)	4 (22%)	2 (22%)
Remplaçants (n=29)	0 (0%)	8 (28%)	19 (66%)	2 (7%)
Salariés (n=9)	3 (33%)	2 (22%)	2 (22%)	2 (22%)
Moins de 30h (n=25)	1 (4%)	8 (32%)	13 (52%)	3 (12%)
Entre 31h et 40h (n=57)	5 (9%)	13 (23%)	34 (60%)	5 (9%)
Entre 41h et 50h (n=105)	3 (3%)	14 (13%)	73 (70%)	15 (14%)
Entre 51h et 60h (n=78)	2 (3%)	17 (22%)	45 (58%)	14 (18%)
Plus de 60h (n=36)	0 (0%)	4 (11%)	20 (56%)	12 (33%)
Autre structure (n=69)	8 (12%)	14 (20%)	38 (55%)	9 (13%)
Pas d'autre structure (n=232)	3 (1%)	42 (18%)	147 (63%)	40 (17%)

7. Contribution à des programmes d'ETP

Il a été demandé aux 241 / 301 médecins (80%) ayant répondu être intéressés (souhait de participer ou éventuelle participation) par une participation à des programmes d'ETP, sous quelle forme ils envisageaient leur implication:



Discussion

Analyse critique de la méthodologie

I. Taux de participation

Sur les 2296 médecins généralistes enregistrés au Conseil de l'Ordre de Gironde début 2016, 1543 ont pu être contactés par e-mail par l'intermédiaire du Conseil de l'Ordre des médecins de la Gironde (CDOM), soit **67,2%**.

Le taux de participation de l'enquête est de **19,5%** auprès des médecins sollicités (301/1543). Plus précisément, il correspond à l'expression de **13,1%** des médecins généralistes recensés en Gironde au début de l'année 2016 (301/2296).

Une étude ayant utilisé une méthode similaire en région Midi-Pyrénées (14) avait adressé un questionnaire auprès de **57,9%** des médecins généralistes installés (1753/3030). Le taux de réponse avait été de **12,8%** (224/1753), soit **7,4%** des médecins généralistes installés en région Midi-Pyrénées (224/3030).

Une étude de l'URML (10) concernant également la région Midi-Pyrénées, avait préalablement constitué un groupe de 600 médecins représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées. Le taux de réponse était de **27,8%** (167/600) soit **5,5%** des médecins généralistes installés en région Midi-Pyrénées (167/3030).

Une étude réalisée en Indre-et-Loire (67) a recueilli un taux de réponse de **25,5%** (93/365), avec une sollicitation totale de **15,4%** (93/602) des médecins généralistes installés.

Dans notre travail, nous pouvons ainsi considérer que le taux de réponse est satisfaisant aux vues des autres études similaires déjà menées. Bien que certaines présentes un taux de réponse un peu supérieur, l'effectif analysé est bien plus important dans notre étude.

II. Représentativité

A. Genre

Dans notre étude, la proportion de femmes ayant répondu est de **46%** alors qu'il était recensé en 2016 **45%** de femmes médecins généraliste en Gironde. Notre échantillon peut être considéré comme **représentatif** sur le critère du genre ($p=0,86$).

B. Âge moyen

La répartition de notre effectif en fonction des classes d'âge et comparativement à la population des médecins généralistes de Gironde est la suivante:

- moins de 35 ans: **21%** (dans notre étude) vs. **9,3%** (données CDOM Aquitaine) (68)
- entre 36 et 45 ans: **22%** vs. **22,8%**
- entre 46 et 55 ans: **26%** vs. **35,6%**
- 56 ans et plus: **31%** vs. **32,3%**

Ainsi, nous constatons une **différence significative** dans la répartition des médecins de notre étude en fonction des classes d'âge, par rapport à la répartition de l'effectif réel des médecins généralistes de Gironde ($p<0,05$). Nous pouvons ainsi constater une part plus importante de jeunes médecins (moins de 35 ans) dans notre étude au détriment de la classe d'âge des 46 à 55 ans moins représentée par rapport à la réalité.

III. Biais de recrutement

Il convient d'évoquer un possible biais de recrutement du fait que le questionnaire a été envoyé par e-mail. Ainsi, seul **67,2%** des médecins généralistes recensés en Gironde ont pu être sollicités.

IV. Biais de sélection

Il existe un biais de sélection concernant la participation. Il est possible que les médecins plus intéressés par l'ETP aient plus répondu à ce questionnaire que les médecins non intéressés.

V. Questionnaire

Bien que le questionnaire a été créé afin d'y répondre en 5 à 10 minutes, la présence de quelques questions ouvertes a pu décourager certains participants à aller jusqu'au bout du questionnaire.

A l'inverse, toutes les questions fermées possédaient une case « Autre » où une réponse libre pouvait être ajoutée, afin d'obtenir une réponse précise pour ceux qui n'étaient pas satisfaits par les propositions de réponses faites.

Enfin, il était obligatoire de répondre à l'ensemble des questions pour poursuivre le questionnaire (hormis lors de saut de question voulu pendant la création, en fonction des réponses). De cette manière, il n'existe pas de manque de données. Les médecins ayant validé le questionnaire ont obligatoirement répondu à l'ensemble des questions.

VI. Validité interne

Les réponses au questionnaire sont purement déclaratives et n'ont fait l'objet d'aucune vérification quant à leur fiabilité.

Discussion des résultats

I. Coopération entre médecins généralistes et centres ETP

A. Sollicitation des centres par les médecins généralistes

1. Orientation vers un centre ETP

a. Orientation des patients

A notre question pour savoir si les médecins avaient déjà adressé un patient vers un centre ETP, seul **44%** ont répondu par l'affirmative.

Concernant le profil des médecins, les différences significatives ont été retrouvées en fonction du **temps de travail**. En effet, les médecins travaillant entre 51h et 60h par semaine ou plus de 60h semblent plus orienter leurs patients vers des centres ETP: respectivement **54%** et **56%** vs. **37%** et **35%** concernant un temps de travail hebdomadaire entre 31h et 40h ou 41h et 50h ($p < 0,05$). Ceci est peut-être dû au fait que les médecins travaillant beaucoup, n'ont pas le temps nécessaire de réaliser de l'éducation à la santé pour leurs patients et ont ainsi tendance à plus rapidement déléguer en orientant leurs patients vers des programmes d'ETP. En revanche, nous retrouvons une exception dans la catégorie des médecins travaillant moins de 30h hebdomadaire (**52%**).

Dans une étude réalisée en Indre et Loire (67), seul **16%** des médecins interrogés déclarent adresser des patients à un réseau d'ETP sur une population de 93 médecins. Dans une étude réalisée dans le Rhône-Alpes (69), **12%** seulement des médecins affirmaient souvent orienter des patients vers des programmes ETP et **60%** rarement contre 28% jamais.

D'autres chiffres également bas ont été mis en évidence dans la littérature, notamment dans une étude du Midi-Pyrénées (14) où parmi les médecins affirmant pratiquer l'ETP, seul **34%** sollicitaient l'aide de réseaux spécialisés et **29%** d'équipes structurées pluri-disciplinaires .

Ceci peut paraître à première vue étonnant alors même que plusieurs études mettent en avant l'orientation des patients vers l'ETP comme faisant partie intégrante du rôle des médecins généralistes selon leurs propres dires (8, 69-71).

b. Nombre de patients orientés

Le nombre de patients orientés vers des programmes d'ETP n'a en revanche pas été exploré dans les autres études. Dans notre étude il est en **moyenne de 6,9 patients** sur l'année écoulée pour une **médiane de 5**, ce qui peut paraître assez faible, notamment lorsque l'on prend en compte les 15 millions de patients atteints d'une maladie chronique (2).

Cependant, il est difficile d'en tirer des conclusions car nous n'avons pas posé la question aux médecins généralistes du nombre de patients en ALD dans leur patientèle.

Nous pouvons malgré tout évoquer une étude réalisée en Indre et Loire (67), où les médecins affirment avoir en moyenne **40%** de patients en ALD dans leur patientèle.

c. Types de pathologies concernées

Concernant les pathologies pour lesquelles les médecins adressent le plus leurs patients, les plus citées sont le **diabète (85%)**, **l'obésité (50%)** ainsi que **l'asthme et les pathologies cardio-vasculaires (34% chacune)**.

Cette question n'a pas été explorée dans d'autres études mais en revanche certaines se sont intéressées au type de pathologies pour lesquelles les médecins affirmaient réaliser de l'ETP (8, 10, 15). Ce sont les mêmes pathologies chroniques qui sont citées en premier.

d. Circonstances d'entrée dans un programme d'ETP

Enfin, concernant les circonstances dans lesquelles les médecins décident d'envoyer leurs patients dans un programme d'ETP, les plus citées sont lorsque le **message éducatif est insuffisant (75%)** ou que la prise en charge est considérée comme **difficile et/ou complexe (55%)**.

En revanche, la nécessité d'une prise en charge **pluri-disciplinaire (34%)** ne semble pas primordiale à leurs yeux.

Il semble ainsi que les médecins souhaitent généralement d'abord s'occuper seuls de leurs patients (seul **25%** le font dès le **diagnostic** et **18%** à la survenue de **complications**) et ne les intègrent dans un réseau que lorsqu'ils sont en difficulté. Dans d'autres cas, ils le font aussi sur **demande de leurs patients (33%)** ou d'autres **professionnels de santé (29%)**.

Il existe une étude qualitative (13) dans laquelle les médecins déclarent également plutôt faire appel aux réseaux lorsqu'ils sont en difficulté dans la prise en charge où lorsque l'évolution de la maladie n'est pas celle attendue. Par ailleurs, une étude qualitative Lensoise (17) met en avant que si les médecins traitants participent à l'inclusion de leurs patients dans des réseaux ETP, celle-ci se fait également beaucoup par l'intermédiaire des hôpitaux ou d'autres médecins ce qui va dans le sens d'un manque d'habitude d'orienter leurs patients systématiquement en première intention.

2. Freins liés aux médecins

a. Méconnaissance de l'offre locale en ETP

Concernant les raisons de la non utilisation des programmes ETP pour les **médecins n'ayant jamais adressé de patient**, la plus citée est la **méconnaissance de l'offre locale en ETP à 62%** (réponse en saisie libre).

Il est mis en évidence que cette méconnaissance est plus importante plus le médecin est jeune: **81%** pour les **moins de 35 ans** contre **47%** pour les **plus de 56 ans** ($p < 0,05$).

Ceci peut-être expliqué par le fait que c'est par l'expérience que les médecins ont pris connaissance des différents programmes existants.

De même, plus les médecins ont un temps de travail élevé, mieux ils connaissent l'offre local en ETP: **44%** des médecins travaillant **plus de 60h** méconnaissent l'offre locale contre **67%** pour ceux travaillant **moins de 30h** ($p < 0,05$). Ceci peut s'expliquer d'une part par le fait que les médecins travaillant beaucoup sont dans l'obligation de se créer un réseau afin de diminuer leur charge de travail. D'autre part, cela peut aussi

s'expliquer par le fait que les jeunes médecins ayant moins connaissance de l'offre locale sont classiquement plus représentés dans les catégories ayant un temps de travail hebdomadaire moindre.

Enfin, nous ne pouvons également pas éliminer le fait que si ces médecins ont un temps de travail plus important, c'est peut-être parce qu'ils sont impliqués dans des réseaux donc connaissent mieux l'offre locale.

Concernant les **médecins ayant déjà orienté des patients**, **89%** estiment malgré tout qu'ils ne connaissent pas suffisamment l'offre locale proposée.

Aucune différence significative en fonction du profil du médecin n'a cependant été mise en évidence à cette question.

Au total, sur **l'ensemble des médecins** de notre étude, **74% des médecins affirment méconnaître l'offre locale en ETP.**

Une étude en région Midi-Pyrénées (10) met en avant la méconnaissance de l'offre locale pour **77%** des médecins interrogés.

Une étude quantitative réalisée sur Martigues (72) montre que **54%** des médecins méconnaissent complètement l'offre locale d'ETP. Pour 18% d'entre eux cela constitue un véritable frein à l'inclusion dans un programme.

Une étude réalisée à Tours (67) retrouve que chez **84%** des médecins n'adressant pas de patient à des programmes d'ETP, la méconnaissance de l'offre est au premier plan.

Une étude Lyonnaise (69) retrouve que **78%** des médecins ne connaissent pas l'offre d'ETP.

Quelques études qualitatives ont également mis en avant la méconnaissance des réseaux existants par les médecins traitants (7-9,15, 73).

b. Méconnaissance de l'ETP

La deuxième cause de la non utilisation des programmes évoquée par les médecins est la **méconnaissance de l'ETP** pour **21%** des médecins n'adressant pas leurs patients.

Nous n'avons pas trouvé de différence significative en fonction du profil des médecins répondants.

Une étude Toulousaine (14) fait état de **18%** des médecins affirmant ne pas connaître le concept d'ETP mais ceci après leur avoir divulgué au préalable une définition. Dans une étude réalisée en région Midi-Pyrénées (10), **29%** des médecins affirment méconnaître le concept d'ETP après avoir également lu une définition. Une étude quantitative réalisée sur la région de Martigues (72) retrouve que **7%** des médecins déclarent ne pas connaître l'utilité de l'ETP.

Quelques études qualitatives ont également mis en évidence une méconnaissance globale de l'ETP (7-9).

c. Réalisation de l'ETP par le médecin traitant

La troisième cause de la non utilisation des programmes évoquée par les médecins est la **réalisation de l'ETP par le médecin** lui même selon **10%** de ceux de notre étude n'orientant pas leurs patients.

Cette affirmation semble plus importante chez les médecins exerçant en milieu **semi-rural (22%)** vs. en **milieu urbain (4%)** et en **milieu rural (9%)** ($p < 0,05$). Paradoxalement, nous nous serions plutôt attendus à ce que cette idée soit plus présente chez les médecins exerçant en milieu rural car ayant l'habitude d'être isolés, donc n'ayant que peu de recours. Nous nous intéresserons plus tard sur cette pratique de l'ETP au cabinet qu'évoquent les médecins.

d. Désintérêt pour l'ETP

Une autre cause intéressante est également le **manque d'intérêt pour l'ETP** chez **3%** des médecins n'orientant pas leurs patients.

Une étude quantitative sur Martigues (72) retrouve que **16%** des médecins ont des doutes sur l'efficacité de l'ETP, il est de **10%** dans une étude Toulousaine (14). Une étude Lyonnaise (69) montre que **2%** des médecins ne croient pas en l'efficacité de l'ETP. D'autres études plus anciennes mettent également en avant le désintérêt des médecins pour l'ETP (74), de l'ordre de **7%** pour une étude Picarde (75).

Quelques études qualitatives mettent également en avant les doutes des médecins par rapport à l'efficacité de l'ETP (7, 9, 15, 73, 76).

3. Freins liés aux patients

a. Profil des patients

Parmi les facteurs favorisant une orientation de leurs patients vers un programme ETP, les médecins citent dans notre étude par ordre d'importance une **bonne compréhension (72%)**, un patient **poly-pathologique (65%)**, une **négligence du patient** envers sa maladie (**56%**) et l'**isolement** du patient (**49%**).

Peu d'études ont exploré cet aspect hormis une autre étude Lensoise (17) retrouvant également comme facteurs favorisants pour les médecins d'inclure leurs patients dans un programme ETP une bonne capacité de compréhension ainsi que la présence d'une polypathologie. En revanche, il est cité l'âge jeune du patient, ce qui n'est pas influant selon les médecins que nous avons interrogés.

Il est compréhensible que les médecins se questionnent sur ces éventuels freins afin qu'il y ait un réel intérêt à adresser les patients à des programmes ETP. Pourtant, la HAS (42) reprend ce point en précisant que les difficultés d'apprentissage (lecture, compréhension de la langue, handicap sensoriel, mental) le statut socio-économique ainsi que le niveau culturel et d'éducation, le lieu de vie ne doivent pas priver à priori les patients d'une ETP. Selon la charte des réseaux (77), toute personne a droit à des soins de qualité, sans discrimination aucune.

b. Manque de temps

Concernant les raisons avancées par les patients eux mêmes, les médecins ayant déjà proposé des programmes ETP évoquent comme principale réticence le **manque de temps** dont bénéficient les patients (**65%**).

Peu d'études dans la littérature ont exploré la problématique du temps disponible pour les patients hormis une étude qualitative Lensoise (17) qui évoque également ce frein à l'inscription aux programmes ETP.

c. Incompréhension de l'ETP

Le deuxième frein selon les médecins pour les patients correspond à leur **incompréhension ou méconnaissance de l'ETP (52%)**.

Dans la littérature, on retrouve une formulation différente mais certainement très proche à savoir le désintérêt des patients.

Dans une étude Toulonnaise, **32%** des médecins questionnés évoquent un manque d'intérêt des patients (72).

De nombreuses autres études mettent également en avant le manque de motivation des patients (5, 9, 15-17, 46, 74, 78).

d. Éloignement géographique des centres ETP

Le troisième argument des patients, pour ne pas participer à un programme ETP, évoqué par les médecins dans notre étude concerne l'**éloignement géographique** des centres ETP (**49%**).

Une seule étude qualitative met en avant cet argument (17).

e. Confiance des patients en leur autogestion

Le dernier argument retrouvé dans notre étude concerne la **confiance en eux** sur la gestion de leur maladie (**32%**). Cet argument peut également s'apparenter au désintérêt des patients à l'ETP évoqué dans de nombreuses autres études.

4. Conclusion concernant la sollicitation des centres d'ETP par les médecins généralistes

Notre étude met en avant le fait que la majorité des médecins généralistes ne sollicitent pas les centres d'ETP afin d'y orienter leurs patients atteints d'une maladie chronique. Lorsque nous nous intéressons aux raisons concernant les médecins de cette non utilisation des programmes d'ETP, il est surtout mis en avant une méconnaissance de l'offre locale des programmes d'ETP pour 74% de l'ensemble des médecins généralistes de notre étude. Cependant, le concept d'ETP semble également mal compris (21% des médecins n'adressant pas de patient). Concernant les patients, il est mis en évidence dans notre étude que le profil du patient peut-être un frein estimé par son médecin à son orientation vers un programme d'ETP. Les principales réticences des patients sont également liées au manque de temps disponible ainsi que la méconnaissance de l'ETP.

B. Communication entre médecins généralistes et centres d'ETP

1. Communication des centres d'ETP envers les médecins généralistes

a. Communication réellement réalisée par les centres d'ETP

Dans notre étude, les médecins ayant déjà orienté un patient à un programme d'ETP ont évoqué leurs différentes expériences concernant leurs échanges avec ces centres.

Il ressort que le courrier de synthèse n'est pas systématiquement envoyé, qu'il soit **succinct (38%)** ou **complet (36%)** pour un total de **67%** des médecins déclarant avoir obtenu un **courrier de synthèse (succinct ou complet)**.

Par ailleurs les médecins n'évoquent qu'une faible information lors du suivi du patient, que ce soit **sans leur sollicitation (37%)** et encore moins en demandant leur **avis (9%)**.

On note également qu'ils sont rarement **sollicités lors de l'inclusion** du patient sur le programme à venir (**7%**).

Enfin, plus problématique, il n'est pas rare qu'il n'y ait **aucun échange (24%)**.

L'absence de communication systématique avec les centres est également évoquée dans une étude qualitative Lensoise (17).

De manière générale, d'autres études qualitatives évoquent également une communication très insuffisante avec les centres ETP sans plus de précision (15, 16, 73, 76, 79).

b. Communication telle qu'elle devrait être réalisée

Dans la réglementation décrite par l'HAS dans le guide d'auto-évaluation annuelle (80), il est évoqué à ce sujet l'obligation de l'obtention de l'accord du patient pour divulguer les informations le concernant aux interlocuteurs qu'il souhaite.

Il y est également décrit « *les modalités de partage des informations utiles aux professionnels qui réalisent l'ETP et aux autres professionnels impliqués dans le parcours de soins du patient, en particulier le **médecin traitant*** » .

« *Elles concernent notamment les informations relatives à l'entrée du patient dans le programme d'ETP, à la synthèse du diagnostic éducatif et du programme individualisé, à l'évaluation individuelle des acquisitions, et au suivi éducatif envisagé après l'offre d'ETP prévue dans le programme individualisé.* »

Parmi les critères comptant pour cette évaluation, est présent « *le taux de transmission de documents de synthèse par type au médecin traitant* ».

Il s'agit donc bien d'une incitation formelle de l'HAS aux centres réalisant de l'ETP d'envoyer systématiquement un courrier de synthèse sur le programme suivi par leurs patients.

Notre étude tend donc à mettre en évidence un manque important à ce niveau-là.

2. Satisfaction des médecins traitants

Nous avons vu précédemment que les échanges entre les centres et les médecins traitants n'étaient pas optimaux. Dans certaines études, les médecins estiment la communication avec les centres ETP très insuffisantes (15, 16, 73, 79). Cependant il s'agit d'études sur de petits effectifs, aucune étude n'évalue à grande échelle le degré de satisfaction de ces échanges.

Notre étude a donc exploré cet aspect auprès des médecins ayant déjà orienté des patients à des programmes ETP.

Ils ont ainsi attribué une **note moyenne de 4,47/10** avec une **médiane de 5/10**. Ceci est donc cohérent avec les critiques développées précédemment.

Ainsi notre étude met en évidence sur un grand effectif l'insatisfaction des médecins traitants concernant l'information fournie par les centres ETP.

Celle-ci ne semble d'ailleurs pas conforme à ce qu'il leur est demandé dans le cahier des charges de l'HAS.

Il convient cependant de mettre en garde sur cette absence de courrier de synthèse évoquée par les médecins traitants. Peut-être a-t-elle été un peu surévaluée. Les médecins recevant beaucoup de courriers, certains ont pu oublier en avoir reçu par des centres ETP. Malgré tout, le résultat reste bien en deçà du caractère systématique fixé par l'HAS.

3. Conclusion concernant la communication entre les médecins généralistes et les centres d'ETP

Notre étude met en avant le fait que les médecins ne semblent pas recevoir systématiquement de courrier de synthèse de fin de programme concernant leurs patients. Il s'agit pourtant d'une démarche obligatoire pour les centres d'ETP. Les médecins ne se satisfont d'ailleurs pas de cette situation car ils jugent leur communication avec les centres d'ETP de qualité moyenne avec une note d'évaluation de 4,47/10.

II. Information reçue par les médecins traitants sur l'ETP et les centres acteurs en ETP

A. Information sur l'ETP

1. Connaissances des médecins en ETP

a. Attentes en ETP

De manière générale, les médecins traitants attendent majoritairement de l'ETP une **responsabilisation du patient (55%)**, une **meilleure observance (47%)**, une **amélioration de leurs connaissances (47%)**.

Les 3 premiers critères les plus cités sont donc centrés sur le patient lui-même et sa gestion de la maladie.

Les médecins évoquent en second lieu les critères visant à les aider dans la prise en charge de leurs patients à savoir la prise en charge des **facteurs de risque (43%)** ainsi qu'une **prise en charge globale du patient (32%)**.

Cette vision semble à première vue correspondre globalement aux objectifs de l'ETP.

Quelques études quantitatives avec une question équivalente en région Midi-Pyrénées (10), en Indre et Loire (67) et en région Lyonnaise (69) retrouvent des réponses similaires.

Ces différents aspects sont également évoqués dans plusieurs études qualitatives (7, 8, 13, 15-17, 75).

b. Un cadre légal méconnu

Il a été demandé à l'ensemble des médecins ayant répondu à notre questionnaire s'ils pensaient pratiquer de l'ETP au cabinet.

87% des médecins affirment pratiquer de l'ETP répartis notamment en **78%** lors de **consultations classiques** et **6%** en **consultations dédiées**.

Il s'agit ainsi d'une pratique individuelle qui n'entre pas dans le cadre légal de ce que doit être l'ETP (18).

La seule différence significative retrouvée entre les différents profils de médecins ayant répondu concerne ceux exerçant dans une **MSP**, ils sont moins nombreux à affirmer réaliser de l'ETP de cette manière (**22%** pour les 2 types de consultation) ($p < 0,05$). Ceci est certainement dû au fait qu'ils sont plus sensibilisés sur les conditions réelles de pratique de l'ETP.

Cette question a également été posée dans quelques études quantitatives, mettant en évidence cette affirmation des médecins de manière importante: **81,3%** en région Midi-Pyrénées (10) dont 95,4% en consultation habituelle, **96,9%** dans l'Inde et le Loiret (5), **71%** pour une étude Toulousaine (14) avec 93% de consultations classiques, **71,6%** lors d'une étude de l'INPES (81), **95%** pour une étude dans la Somme (75), **87%** à Lyon (69) En revanche, seulement **51%** dans une autre étude en Indre et Loire (67).

Cette idée semble également présente chez les internes comme le montrent deux études réalisées sur Amiens (82) et Besançon (83) où respectivement **82%** et **81,3%** des internes affirment réaliser de l'ETP en consultation.

Il semble effectivement que ce sentiment de faire de l'ETP seul au cabinet est également très présent chez la jeune génération. Dans notre étude **84%** des **moins de 35 ans** affirment le réaliser lors de **consultations classiques** et **3%** lors de **consultations dédiées**.

La notion de pratiquer de l'ETP seul au cabinet est également évoquée dans de nombreuses études qualitatives, en grande majorité lors de consultations classiques et dans de rares cas lors de consultations dédiées (7, 8, 13, 15, 16, 73, 84, 85).

On note que seulement **1%** affirme le pratiquer de manière **pluri-disciplinaire non officielle** et **2%** dans le cadre de **programmes validés par l'ARS**.

Enfin, seul **13%** déclarent **ne pas pratiquer de l'ETP**, ce qui amènerait à penser qu'ils maîtrisent mieux ce qu'est réellement le concept d'ETP.

En revanche aucune différence significative en fonction du profil du médecin n'a été mise en évidence.

Ainsi, il semble exister une méconnaissance des textes de lois de l'ETP, des conditions dans lesquelles elle doit se réaliser. Ceci se retrouve dans de nombreuses autres études (7, 8, 16, 67, 69, 72, 73, 86).

c. Confusion entre éducation pour la santé et ETP

Lorsque l'on demande plus précisément aux médecins affirmant réaliser de l'ETP de décrire leur implication, le plus cité de loin est l'**information** sur la maladie (**98%**). Elle est présente chez toutes les catégories de médecins.

En revanche, les caractéristiques indispensables à la réalisation de l'ETP sont insuffisamment réalisées: définition d'**objectifs éducatifs personnalisés (66%)**, **analyse des besoins éducatifs (54%)** ou encore la **mise en oeuvre de séances d'ETP (19%)**. Sur ces points, nous avons trouvé une différence significative uniquement en fonction du type d'exercice ($p < 0,05$) où les médecins exerçant en **MSP** ou en **salarial** réalisent plus fréquemment ces étapes.

L'**accompagnement psycho-social**, composante essentielle de l'ETP n'est réalisé que chez **64%** des médecins. La seule différence significative mise en évidence selon le profil du médecin semble une prédominance à le réaliser chez les **femmes** médecins par rapport aux **hommes 72% vs. 57%** ($p < 0,05$).

Ces résultats mettent ainsi en évidence le fait que les médecins affirmant réaliser de l'ETP font en réalité globalement plutôt de l'éducation pour la santé voire simplement de la prévention. En effet, on parle d'éducation lorsque l'information est accompagnée de l'analyse de la représentation de la maladie par le patient, son environnement, les freins aux changements de comportement... Aux vues de ces résultats, le concept même d'ETP semble flou pour la majorité des médecins et la dimension sociale ne semble pas suffisamment prise en compte.

Cette confusion entre ETP et éducation pour la santé est également présente dans de nombreuses autres études.

Dans 3 études quantitatives réalisées en région Midi-Pyrénées (10), en Indre et Loire (67) et sur l'ensemble de la France (81), respectivement **100%**, **91%** et **95,3%** déclarent réaliser majoritairement de l'information dans leur pratique d'ETP.

Dans de nombreuses études de type qualitatif (7, 8, 15, 16, 73, 76, 85), les médecins évoquent également réaliser de l'ETP. Mais leur pratique s'apparente également plus à de l'éducation pour la santé via de l'information sur la maladie et ne prennent pas en compte les autres aspects de l'ETP.

d. Méconnaissance des méthodes et outils pédagogiques

Dans notre étude, les méthodes les plus utilisées sont l'utilisation de **supports écrits (57%)** ainsi que **l'apprentissage de gestes et techniques (58%)**. Cela n'est pourtant pas systématique.

On ne note pas de différence significative entre les différents profils de médecin.

Les **supports audiovisuels (7%)** ainsi que les **séances collectives (4%)** sont quant à eux complètement délaissés hormis pour les médecins exerçant en **MSP** (respectivement **33%** et **42%**, $p < 0,05$).

Dans la littérature, mis-à-part 2 études qualitatives où les médecins estimant pratiquer de l'ETP affirment utiliser régulièrement des outils pédagogiques (7, 13), ceux-ci sont généralement largement délaissés (10, 14, 15, 67, 69, 75).

Cet aspect met en évidence le manque de connaissance des médecins sur la mise en place d'une attitude et de pratiques éducatives conformes aux objectifs de l'ETP.

e. Une connaissance de l'ETP incomplète de la part des médecins généralistes

Cette partie de notre étude a permis de mettre en évidence différents aspects:

- la **méconnaissance des textes de lois** de l'ETP par les médecins
- une **vision floue du concept d'ETP** entraînant une confusion avec l'éducation pour la santé voire la simple prévention
- la **méconnaissance des méthodes et outils pédagogiques** essentiels à la réalisation d'ETP

Ainsi, cette partie met en avant le fait que la majorité des médecins n'ont pas connaissance que légalement l'ETP, en tant que telle, ne peut se réaliser que de manière

pluridisciplinaire, avec un programme construit selon les critères de l'HAS et validé par l'ARS, ainsi qu'également après avoir reçu une formation officielle.

Cet aspect avait déjà été mis en évidence de nombreuses fois dans les études citées précédemment. Le fait de le retrouver à nouveau dans la nôtre sur un grand effectif apporte un peu plus de poids à la mise en évidence de la méconnaissance de l'ETP de la plupart des médecins généralistes, et surtout, montre qu'il n'y a pas eu d'évolution. En effet, certaines études évoquant ce problème datent d'il y a environ 10 ans. Or, selon nos chiffres, le concept d'ETP échappe encore à la grande majorité des médecins, et notamment chez les plus jeunes (**84%** des **moins de 35 ans** affirment réaliser de l'ETP lors de consultations classiques).

Afin de mieux comprendre ce problème, nous nous sommes alors intéressés dans la partie suivante à l'information dont bénéficiaient les médecins généralistes sur l'ETP.

2. Information reçue de la part des médecins sur l'ETP.

Nous l'avons vu précédemment, parmi les raisons évoquées par les médecins n'ayant jamais orienté de patient vers un programme ETP, la **méconnaissance de l'ETP** vient en deuxième position (**21%**) tout particulièrement chez les jeunes médecins. Cela met en avant le fait que les jeunes médecins n'ont reçu aucune ou peu de formation sur l'ETP durant leur cursus universitaire. Ceci se retrouve d'ailleurs dans d'autres études s'étant précisément intéressées sur la formation des internes en ETP (82, 83).

Nous nous sommes alors intéressés aux autres moyens d'information reçus par les médecins.

a. Sensibilisation à l'ETP

Dans notre étude, sur l'ensemble des médecins interrogés, peu ont été sensibilisés avec des intervenants (**45%** lors de **FMC/EPU** et **15%** lors d'un **séminaire**).

Presque la moitié a été sensibilisée par la **lecture de revues (42%)**.

En revanche, comme nous l'avons vu précédemment, la part de médecins sensibilisés lors de leur **cursus universitaire**, notamment par l'intermédiaire de leurs stages est extrêmement faible (**3%**).

Enfin, il existe une part non négligeable de médecins **non sensibilisés (23%)** ou uniquement par le biais de conversations avec des collègues, de l'expérience avec des centres... **(6%)**.

Bon nombre d'études dans toute la France mettent en avant également le manque de sensibilisation des médecins sur l'ETP.

Une étude en région Toulousaine (14) ayant posé la même question retrouve des valeurs proches (FMC/EPU: **60%**, séminaires: **38%**, revues **51%**). Dans une deuxième en région Midi-Pyrénées (10), **24%** seulement affirment avoir été formés sans faire de distinction réelle entre sensibilisation et formation.

Beaucoup d'autres études mettent en avant le manque de sensibilisation des médecins en ETP sans pour autant donner de chiffres (5, 7-9, 13, 15, 16, 46, 67, 69, 74, 75, 82, 84, 85, 87, 88).

b. Formation à l'ETP

Il a également été demandé aux médecins si certains avaient bénéficié d'une **formation spécifique à l'ETP**. On s'aperçoit que seul **11%** des médecins affirment avoir bénéficié d'une formation à l'ETP.

Il leur alors été demandé quelle était la durée de cette formation. Au final, seul **4%** de l'ensemble des médecins ont réalisé une **formation officielle de 40h minimum**. **7%** ont réalisé une formation mais de durée insuffisante pour être valide.

Dans la littérature, peu d'études s'intéressent au nombre de médecins ayant reçu une formation valide de 40h minimum pour l'ETP. Mais il ressort globalement que très peu de médecins ont suivi une telle formation.

Cependant, une étude Toulousaine (14) retrouve des chiffres similaires à la notre à savoir **12%** des médecins questionnés ayant reçu une formation spécifique et plus précisément **6,7%** des médecins pour qui cette formation est valide.

Deux autres études réalisées dans la région d'Indre et Loire (67) et à Martigues (72) donnent étonnement des chiffres plus élevés avec respectivement **40%** et **24%** des médecins affirmant être formés pour finalement **11%** et **13%** ayant bénéficié d'une formation valide d'au moins 40h.

c. Évaluation de l'information reçue en ETP

Il a ainsi été demandé à l'ensemble des médecins de notre étude d'évaluer l'information dont ils ont bénéficié durant leur carrière sur l'ETP.

Les médecins sont ainsi très critiques à cet égard avec une note **moyenne de 2,77/10** pour une **médiane à 2/10**.

On relève une note plus sévère de la part des médecins exerçant en **milieu rural (2,4/10 vs. 2,91/10 en milieu urbain)**. Cela peut s'expliquer par le fait qu'actuellement les médecins devant chercher par eux mêmes des informations sur l'ETP, il est plus difficile d'y parvenir pour les médecins exerçant en milieu rural car ont généralement des patientèles plus importantes laissant moins de temps libre et bénéficient également de moins d'offre de formations près de chez eux.

Enfin, il est intéressant de noter que les plus jeunes médecins (**moins de 35 ans**) sont encore plus critiques concernant l'information reçue sur l'ETP (**2,6/10 vs. 3,2/10** pour les **56 ans et plus**). Cela démontre qu'il n'y a pour le moment aucune évolution à ce niveau, les médecins s'informant globalement par leur propre expérience ou par l'intermédiaire de voies plutôt hasardeuses.

Les différences de notes sont cependant très légères dans les différentes catégories et restent très insatisfaisantes pour tous les médecins.

Nous n'avons trouvé aucune autre étude réalisant ce type d'évaluation.

3. Conclusion sur l'information reçue sur l'ETP

Notre étude met en avant la méconnaissance des médecins généralistes concernant l'ETP. En effet, le cadre légal est méconnu et surtout il existe une confusion importante pour les médecins généralistes entre ETP et éducation pour la santé voire prévention. La notion de prise en charge pluri-disciplinaire ainsi que les méthodes et outils pédagogiques associés à l'ETP ne sont pas totalement intégrés dans la vision qu'ont les médecins généralistes de l'ETP.

Dans le but d'expliquer cette méconnaissance de l'ETP de la part des médecins généralistes, notre étude a mis en évidence une absence quasiment totale de formation à ce sujet. En effet, peu ont été sensibilisés durant leur cursus

universitaire (3%) ou bénéficié d'une formation officielle à l'ETP (4%). Les connaissances acquises par les médecins généralistes sur l'ETP ont été faites généralement par leur propre expérience professionnelle ou via des sensibilisations lors de FMC ou lectures de revues. Une part non négligeable n'a même jamais été sensibilisée à l'ETP (23%). Notre étude met en avant le fait que les médecins généralistes sont insatisfaits de ce manque d'information avec une note d'évaluation moyenne de 2,77/10 et ce même auprès de la jeune génération.

B. Information sur les centres ETP

Nous avons vu précédemment que **62%** des médecins n'ayant jamais orienté de patient à un programme ETP évoquent spontanément (réponse en saisie libre) comme raison la **méconnaissance des réseaux réalisant de l'ETP**, notamment chez les plus jeunes médecins.

Il en est de même chez les médecins ayant déjà orienté des patients vers un programme ETP car **89%** d'entre eux déclarent **méconnaître l'offre locale d'ETP**.

Au total, sur l'ensemble des médecins de notre étude, **74%** des médecins affirment **méconnaître l'offre locale en ETP**.

Par ailleurs, nous avons vu précédemment que les médecins jugeaient sévèrement l'information dont ils bénéficiaient sur l'ETP de manière générale. Nous pouvons donc aussi inclure dans leur réponse un **mécontentement concernant l'information de l'offre locale en ETP**.

Face à ce manque évident d'information reçue par les médecins généralistes de Gironde concernant l'ETP de manière générale, nous nous sommes intéressés dans la dernière partie aux solutions à apporter.

III. Propositions pour améliorer la coopération entre médecins généralistes et centres ETP

En parallèle d'avoir recherché les dysfonctionnements dans la coopération entre les médecins généralistes et les centres réalisant de l'ETP, nous nous sommes intéressés aux améliorations souhaitées par les médecins généralistes.

A. Procédures d'inscription

1. Évaluation des médecins sur les procédures actuelles

Il a été demandé aux médecins ayant déjà orienté des patients vers des centres ETP ce qu'ils pensaient des procédures d'inscription.

Nous avons vu précédemment que le problème principal était la **méconnaissance des programmes ETP disponibles (74% de l'ensemble des médecins)** retrouvé également dans de nombreuses études.

Ils évoquent également des **difficultés pour rentrer en contact** avec ces centres (**66% des médecins**) afin d'inscrire un patient.

Cette constatation n'a que très peu été explorée dans la littérature. On note cependant une étude qualitative dans la région Lilloise (7) évoquant cette difficulté.

Enfin, nous avons demandé aux médecins ce qu'ils pensaient de la constitution d'un dossier d'entrée dans un programme ETP. Cela semble également un frein important car **53%** estiment que les **démarches sont trop longues et fastidieuses** contre **47%** pensant le contraire.

Cet aspect n'a été étudié que dans 2 autres études réalisées dans la région de Martigues (72) où les médecins ont répondu dans **16%** des cas la **complexité des démarches** comme frein principal à l'inscription d'un patient à un programme ETP ainsi qu'en région Toulousaine (73) où les **difficultés des modalités d'inscription** sont évoquées par certains médecins.

2. Souhais des médecins généralistes

Les médecins ayant déjà orienté des patients vers des programmes ETP ont exprimé par quel mode ils souhaiteraient le faire.

Le mode le plus plébiscité est via un **site internet unique et dédié à l'ETP à 72%**, suivi par la **voie postale (19%)** et le **téléphone (5%)**.

Nous n'avons pas trouvé d'étude évoquant ce sujet dans la littérature.

Dans une autre question, il a été demandé à l'ensemble des médecins ce qu'ils souhaiteraient qu'il soit mis en place pour développer l'ETP de manière générale.

61% d'entre eux évoquaient la nécessité d'avoir à la disposition de tous les médecins généralistes un **annuaire comprenant tous les programmes ETP** en cours avec les coordonnées pour les contacter.

Enfin, une rubrique a été proposée aux médecins pour exprimer librement leurs idées pour améliorer le fonctionnement de l'ETP. Sur les 120 médecins ayant répondu, **36%** citent à nouveau la nécessité de la mise à disposition des médecins traitants de ce type d'**annuaire**. Ceci en fait l'idée la plus citée.

Si comme nous l'avons vu précédemment, il est évoqué dans la littérature le manque de connaissance de l'offre locale en ETP, en revanche, le souhait des médecins de la méthode par laquelle ils souhaiteraient être informés à ce sujet n'est pas exploré.

3. Conclusion sur les procédures d'inscription

Il ressort ainsi de la consultation des médecins sur les procédures d'inscription une réelle volonté de mieux connaître l'offre locale en programmes d'ETP, notamment en mettant à disposition un livret référençant l'ensemble des programmes ETP disponibles localement ou via un site internet unique.

Par ailleurs, afin de simplifier les démarches, il conviendrait que les inscriptions soient systématiquement possibles par internet et par voie postale.

B. Suivi du patient lors d'un programme ETP

Nous avons vu précédemment que les médecins généralistes ayant déjà envoyé des patients vers des programmes ETP n'étaient pas totalement satisfaits de leurs échanges avec les centres (note **moyenne** de **4,47/10** et **médiane** à **5/10**).

Nous leur avons également demandé quels étaient leurs souhaits pour ces échanges.

Ce qui ressort de cette consultation est une volonté quasiment totale de recevoir un **courrier de synthèse (84%)**. On note également une volonté importante d'**information sur l'évolution du programme (68%)**.

Dans la littérature, nous avons trouvé seulement 3 études ayant interrogé les médecins à ce sujet. Il ressort également cette volonté de recevoir un courrier de synthèse (16, 17, 76).

La volonté d'un courrier de suivi est aussi évoquée dans l'une de ces études (16).

En revanche, la **sollicitation** du médecin traitant sur l'**inclusion** du patient dans un programme ainsi que sur l'**élaboration de son contenu** ne semble pas une priorité pour les médecins interrogés. Ils ne sont respectivement que **28%** et **30%** à le souhaiter. Cet aspect n'a semble-t-il pas été évoqué dans la littérature.

Ainsi, le souhait principal des médecins est de recevoir un courrier de synthèse sur le programme dont ont bénéficié leurs patients. Comme nous l'avons vu précédemment, il s'agit d'ailleurs d'une démarche **obligatoire mais non systématiquement réalisée** par les centres (seulement **67% des médecins interrogés ont reçu un courrier de synthèse**).

Il peut également se poser la question de la nécessité de la mise en place d'un **courrier de suivi**, notamment en milieu de programme, qui semble intéresser la majorité des médecins généralistes.

C. Implication des médecins

1. Formation

Dans notre étude, la volonté des médecins généralistes à se former à l'ETP est mise en avant plusieurs fois.

Il a été demandé à l'ensemble des médecins ayant répondu au questionnaire quelles solutions leurs semblaient utiles pour développer des actions d'ETP au cabinet. **61%** d'entre eux ont évoqué la nécessité d'une **formation**.

Nous avons vu précédemment que **11%** des médecins interrogés déclaraient avoir réalisé une **démarche de formation en ETP** (**4%** ayant bénéficié d'une **formation valide de 40h**). Il a également été demandé à ceux n'ayant jamais été formés s'ils le souhaitaient. **66%** ont répondu par l'affirmative.

Enfin, une rubrique a été proposée aux médecins pour exprimer librement leurs idées pour améliorer le fonctionnement de l'ETP.

La formation revient également de manière importante chez les 120 médecins ayant répondu puisqu'ils évoquent la nécessité de l'**amélioration de la formation à l'ETP (14%)**, notamment par formations courtes de type **séminaires/FMC (20%)** ou une formation initiale pendant le **cursus universitaire (13%)**. Il est également cité l'envoi de **supports informationnels (6%)**.

Cette volonté des médecins généralistes à se former à l'ETP est également retrouvée dans bon nombre d'autres études (5, 9, 10, 13, 15, 16, 67, 72, 74, 75, 78, 84, 87-91).

Seule une étude met en avant une envie mitigée des médecins à se former à l'ETP (8).

2. Contribution des médecins généralistes

Il a été demandé à l'ensemble des médecins interrogés dans notre étude s'ils souhaiteraient participer ultérieurement à un programme ETP.

Si **4%** y participent déjà, **19%** émettent le **souhait d'y participer**.

Cette volonté semble plus prononcée chez les **moins de 35 ans** ($p < 0,05$) ainsi que ceux exerçant en **cabinet de groupe pluridisciplinaire** ou en **MSP** ($p < 0,05$).

Enfin, la majorité (**62%**) évoque un **intérêt** sans certitude de mise en action.

Nous nous sommes intéressés plus précisément à ceux qui ont émis ce souhait même incertain de participer à un programme, afin de savoir sous quelle manière ils l'envisageaient.

Parmi les principales actions se trouvent celles pouvant se réaliser en cabinet lors d'une consultation telles que la définition d'**objectifs éducatifs (51%)**, l'**information (50%)** ou l'**analyse des besoins éducatifs (45%)**.

Plus étonnamment, une part non négligeable des médecins a répondu la participation à des **séances d'ETP (44%)**.

Cette question a également été abordée dans d'autres études. Dans la majorité des cas le souhait du médecin traitant est d'être celui qui simplement oriente le patient ou d'être le médecin référent du patient lors de ce programme (8, 17, 69-71, 75, 76, 82, 92). Dans certaines études nous retrouvons la notion de réalisation d'un diagnostic éducatif (16, 69), voire même de participation à des séances (69).

Des résultats de notre étude et avec l'ajout de la littérature, il est mis en évidence le souhait des médecins traitants, s'ils devaient participer à un programme ETP, de jouer un **rôle central dans la définition du programme à suivre du patient**.

3. Aides à la contribution des médecins traitants

a. Valorisation financière

Parmi les principales mesures évoquées par les médecins généralistes pour faciliter leur implication dans la réalisation de l'ETP nous retrouvons la mise en place d'une **valorisation financière** qui est évoquée par **42%** des médecins à la question sur les aides à apporter pour développer l'ETP au cabinet. Nous retrouvons également cette notion (**17%**) lorsqu'il est demandé aux médecins d'évoquer des idées d'amélioration sur l'ETP de manière générale.

Cette notion de valorisation financière est également largement citée dans de nombreuses autres études (8-11, 14-16, 67, 72-75, 82, 84, 87, 88, 92).

Il pourrait ainsi être envisagé une **rémunération spécifique** pour la réalisation par le médecin traitant d'une **consultation de diagnostic éducatif** à laquelle ils sembleraient intéressés comme vu précédemment. Cependant, avec la réglementation actuelle ils doivent réaliser une **formation spécifique de 40h à l'ETP** afin de participer au parcours éducatif du patient.

b. Temps libre

Un autre élément important aux yeux des médecins est de pouvoir se dégager du temps libre afin de participer à des programmes ETP. Ainsi dans notre étude ils sont **4%** à souhaiter du **temps libre** pour favoriser les actions d'ETP au cabinet. Ils insistent sur ce point à l'évocation d'idées d'amélioration de l'ETP (**12%**).

Nous retrouvons également de nombreuses autres études mettant en avant cette nécessité de temps disponible pour les médecins généralistes afin de plus s'impliquer dans les programmes ETP (5, 8-11, 13-17, 69, 70, 72, 75, 76, 82, 84, 87, 88, 92). Il s'agit d'une contrainte plus complexe à améliorer. Elle passe certainement par l'allègement de la charge administrative.

c. Coopération avec les réseaux

Enfin, un dernier argument est cité de manière importante à savoir la nécessité de l'amélioration de la **coopération** avec les structures ETP (**35%**) afin d'améliorer les actions d'ETP au cabinet. Dans les idées d'amélioration de l'ETP, l'optimisation des **échanges entre les hôpitaux et les cabinets de ville** (**5%**) ainsi que l'amélioration de la **coopération entre professionnels** au niveau local (**8%**) sont à nouveau cités. Il s'agit également d'un souhait retrouvé dans la littérature (7, 9, 10, 15-17, 92).

D. Synthèse des propositions d'amélioration

Nous venons de développer plusieurs idées d'amélioration concernant la coopération entre les centres ETP et les médecins généralistes. Celles-ci sont basées sur les défauts de fonctionnement mis en évidence ainsi que les changements souhaités par les médecins généralistes évoqués dans notre étude en comparaison à ce qui a été retrouvé dans la littérature.

Les propositions d'améliorations sont les suivantes :

- **Formation:**

- **formation initiale** 40h à l'ETP incluse dans le **curriculum universitaire** pour tout étudiant en médecine (ou à défaut quelques heures, au moins au départ, de sensibilisation à l'ETP).

- **Procédures d'inscription:**

- création d'un **site internet unique** référençant tous les programmes ETP disponibles et permettant l'inscription d'un patient à chacun d'eux.
- à défaut, création d'un **annuaire** référençant tous les programmes ETP disponibles avec leurs coordonnées, envoyé tous les ans à chaque médecin généraliste. Il conviendrait d'y ajouter un texte explicatif de l'ETP et du fonctionnement des programmes ETP.

- **Communication avec les centres ETP:**

- **amélioration de la communication** de la part des centres ETP en adressant systématiquement au médecin traitant un **courrier de synthèse** de fin de programme comme il l'est normalement **obligatoire**.
- nous pouvons également suggérer l'idée d'y ajouter un **courrier de suivi** adressé en milieu de programme selon le souhait des médecins de notre étude

- **Implication du médecin généraliste:**

- recrutement de **médecins généralistes formés** dans le parcours des patients pour un programme ETP par le biais de la réalisation au cabinet de **consultations de diagnostic éducatif**.
- création d'une **rémunération spécifique** pour cette consultation.
- **facilitation administrative** pour les médecins désireux de réaliser ces consultations.

Conclusion

Les **maladies chroniques** touchent un nombre important de patients en France, ce qui constitue un **réel enjeu de santé publique**. Le **médecin généraliste** est le premier acteur de la prise en charge de ces patients. *Une part indispensable de cette prise en charge est l'éducation du patient à sa maladie*. Elle s'est peu à peu développée au fil des dernières décennies pour devenir une prise en charge clairement définie dans le cadre de programmes et réalisée de manière pluri-disciplinaire sous le nom d'ETP.

Cependant notre étude met en avant la **trop faible sollicitation qu'ont les médecins généralistes de ces programmes d'ETP pour leurs patients**. La principale raison mise en cause est la méconnaissance de l'offre locale en programmes d'ETP. Mais au-delà de cela, il s'agit surtout d'une **méconnaissance globale du concept d'ETP**. Si les objectifs de l'éducation thérapeutique sont en accord avec les attentes des médecins généralistes, sa **mise en action n'est en revanche pas maîtrisée**. Le cadre légal, la nécessité d'une pluridisciplinarité axée sur un programme validé par l'ARS et adapté au patient, avec des intervenants ayant bénéficié d'une formation officielle sont méconnus. Il existe pour les médecins une **confusion entre ETP et éducation pour la santé voire la prévention**, les amenant à penser réaliser de l'éducation thérapeutique au cabinet auprès de leurs patients, et ce même parmi la jeune génération.

La principale raison de la méconnaissance de l'ETP de la part des médecins généralistes est le **manque d'information** qu'ils bénéficient à cet égard. *La formation durant le cursus universitaire est quasiment inexistante*, les campagnes d'information sur l'offre locale auprès des médecins installés également. Ainsi, *le seul moyen pour les médecins généralistes de s'informer reste leur propre expérience avec ces centres ETP ou la réalisation de démarches personnelles de sensibilisation sur le sujet*. **Les médecins généralistes ne sont d'ailleurs pas satisfaits de cette situation**.

L'autre enjeu important afin de *favoriser une bonne coopération entre les médecins généralistes et les centres d'ETP* est la qualité de la communication que délivrent ceux-ci. Or notre étude met en avant le fait qu'il est parfois **difficile pour les médecins de rentrer en contact avec ces structures**. De même, ils ne sont pas totalement satisfaits de la communication réalisée lors du suivi de leurs patients. *L'envoi d'un courrier de synthèse au médecin traitant, légalement obligatoire, ne semble pourtant pas systématique*. La

nécessité de l'envoi d'un courrier en milieu de suivi est également évoqué par les médecins traitants.

Cependant, malgré ces dysfonctionnements, **les médecins évoquent un intérêt pour l'ETP, pour s'informer à ce sujet voire se former et participer au parcours éducatif du patient.** Si une partie souhaite uniquement jouer un rôle dans l'orientation des patients, d'autres évoquent vouloir participer au diagnostic éducatif, à la définition des objectifs éducatifs, voire même participer à l'animation de séances.

Afin de faciliter l'implication des médecins traitants dans le parcours d'ETP de leurs patients, *il paraît indispensable d'inclure une formation initiale en ETP au cours du cursus universitaire.*

Dans le but de faciliter l'orientation des patients vers des structures d'ETP, il semble important d'**adresser à l'ensemble des médecins généralistes installés un livret comprenant l'offre locale en ETP avec des modalités d'inscriptions simples et rapides.** Au mieux, la **création d'un site internet unique dédié à l'ETP**, permettant de retrouver les programmes en cours et de réaliser l'inscription des patients serait idéal. Une campagne d'information sur l'ETP auprès des médecins généralistes semble également nécessaire.

Nous avons vu que de nombreux médecins étaient favorables au fait de participer à des actions d'ETP auprès de leurs patients. Il pourrait être intéressant de leur permettre la réalisation de la consultation du diagnostic éducatif ou de définition des objectifs. Cependant, une formation officielle adaptée serait nécessaire. De même, aux vues du travail important qu'ont les médecins généralistes et le temps que peut prendre ce genre de consultation, il paraît indispensable de mettre en place une cotation spéciale pour ce type d'actions.

Bibliographie

- (1) HAS. Lettre d'information de la HAS. Webzine de la HAS [en ligne]. N°33-October-décembre 2012, [consulté le 03/06/17]. Disponibilité sur <https://webzine.has-sante.fr//> .
- (2) Cour des Comptes. La prise en charge des affections de longue durée : une dynamique non maîtrisée, une gestion médicalisée de la dépense à mettre en œuvre. Septembre 2016, [consulté le 03/06/17]. Disponibilité sur <https://www.ccomptes.fr/fr> .
- (3) Code santé publique. Loi n°879-2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 21 juillet 2009, JO n°0167 du 22 juillet 2009.
- (4) Haut conseil de la santé publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Novembre 2009. [consulté le 03/06/17]. Disponibilité sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_edthsoprre.pdf .
- (5) Bourit O, Drahi E. Education thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. Médecine: de la médecine factuelle à nos pratiques. 2007;3(5):229-234.
- (6) Foucaud J, Koleck M, Versel M, Laügt O, Jeannel A, Taytard A. L'éducation thérapeutique de l'asthmatique : le discours du médecin généraliste. Revue des Maladies Respiratoires. 2003 févr;20(1):51-59.
- (7) Diligent T. Connaissances et pratiques en éducation thérapeutique du patient chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. [Thèse de Doctorat de médecine]. Lille: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2015.
- (8) Yvergniaux-Waeterloos M. Étude des représentations, pratiques et attentes des médecins généralistes du bassin Lensois en matière d'éducation thérapeutique. Étude qualitative réalisée auprès de 14 médecins généralistes. [Thèse de Doctorat de médecine]. Lille: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2014.

- (9) Hybiak A. Contraintes et attentes en éducation thérapeutique du patient chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.[Thèse de Doctorat de médecine]. Lille: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2015.
- (10) URML Midi-Pyrénées. Pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées. Juin 2010. [consulté le 23/07/15]. Disponibilité sur <http://www.orsmip.org/tlc/documents/educationtherapeutique.pdf> .
- (11) Fournier C, Gautier A, Attali C et al. Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France, 2007. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2009. 42-43. p. 460-464. [consulté le 12/01/17]. Disponible sur http://www.invs.sante.fr/beh/2009/42_43/beh_42_43_2009.pdf .
- (12) Midy F, Dekussche C. L'éducation thérapeutique du patient en ambulatoire. ADSP. 2009 mars;(66):43-45.
- (13) Duffau N. L'éducation thérapeutique en consultation de médecine générale: Analyse des pratiques de 12 médecins généralistes impliqués en éducation thérapeutique. [Thèse de Doctorat de médecine]. Nantes: Faculté de médecine; 2011.
- (14) Peytavin P. Le médecin généraliste et l'éducation thérapeutique: Enquête de pratique auprès de 224 médecins généralistes de Midi-Pyrénées. [Thèse de Doctorat de médecine]. Toulouse: Université Paul Sabatier-Toulouse III; 2012.
- (15) Siahou R. Éducation thérapeutique en consultation de médecine générale: mythe ou réalité? Enquête qualitative auprès de 20 médecins généralistes de Picardie. [Thèse de Doctorat de médecine]. Amiens: Université de Picardie Jules Verne; 2014.
- (16) Thelusme L. Que peuvent apporter les médecins généralistes de la Somme à l'éducation thérapeutique du patient? Enquête qualitative sur les conceptions, les pratiques, la formation en ETP de 12 médecins généralistes de la Somme : synthèse de leurs propositions. [Thèse de Doctorat de médecine]. Amiens: Université de Picardie Jules Verne; 2010.

- (17) Gilbert N. Etat des lieux du travail des médecins généralistes en lien avec les réseaux d'éducation thérapeutique. Etude qualitative réalisée auprès de 14 praticiens du bassin lensois. [Thèse de Doctorat de médecine]. Lille: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2014.
- (18) HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. 2007. [consulté le 12/07/17]. Disponibilité sur [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp - guide version finale 2 pdf.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf)
- (19) OMS. Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé. New York. 19-22 juin 1946, signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats et entré en vigueur le 7 avril 1948, p100. [consulté le 17/05/17]. Disponibilité sur http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf .
- (20) OMS. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Genève, 1986. [consulté le 05/06/17]. Disponibilité sur http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf .
- (21) OMS. Glossaire de la promotion de la santé, 1999, p5-7. [consulté le 06/06/17] . Disponibilité sur http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67245/1/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf .
- (22) OMS. Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXIème Siècle, Jakarta, 21-25 juillet 1997. [consulté le 08/06/17]. Disponibilité sur http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_fr.pdf .
- (23) OMS. Éducation thérapeutique du patient. Programme de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Copenhague 1998. [consulté le 10/06/17] . Disponibilité sur http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf .
- (24) Ministère de l'emploi et de la solidarité. Secrétariat d'État à la Santé et aux Handicapés. Arrêté du 1er février 2001 portant création de la commission nationale « culture-handicap ». Février 2001.

- (25) Deccache A. Education pour la santé, éducation du patient. Quelques concepts et leur signification en médecine générale. 1997;53–62.
- (26) HAS. Recommandations. Education thérapeutique du patient: comment la proposer? Juin 2007. [consulté le 05/06/17]. Disponibilité sur [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp - comment la proposer et la realiser - _recommandations_juin_2007.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf) .
- (27) Foucaud J, Bury JA, Balcou-Debussche M, Eymard C. L'éducation thérapeutique du patient: modèles, pratiques et évaluation. Dossiers santé en action. INPES. Juin 2010. [consulté le 12/06/17]. Disponibilité sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1302.pdf> .
- (28) Circulaire DGS/SQ2/DH n° 99-264 du 4 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour la prise en charge du diabète de type 2, non insulinodépendant. [consulté le 22/06/17] Disponibilité sur <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-20/a0201367.htm> .
- (29) Conseil National de l'Ordre des Médecins. Information et formation du patient. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 5 juin 1999 . [consulté le 22/06/17]. Disponibilité sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/informationcnp.pdf> .
- (30) Brodin M. Conférence Nationale de Santé. Rapport 2000. 21-23 mars 2000, Hôpital du Val de Grâce, Paris. [consulté le 22/06/17]. Disponibilité sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/004001483.pdf> .
- (31) Ministère de la santé. L'éducation pour la santé: un enjeu de santé publique. 28 février 2001. [consulté le 14/06/17]. Disponibilité sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/01/dp010228.pdf> .
- (32) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août, 2004. [consulté le 23/05/17]. Disponibilité sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>

- (33) OMS. Charte de Bangkok pour la promotion de la santé. Sixième Conférence sur la promotion de la santé. 7 au 11 août 2005. Bangkok, Thaïlande. [consulté le 15/06/17]. Disponibilité sur <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/fr/> .
- (34) Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Avril 2007. [consulté le 23/06/17]. Disponibilité sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf .
- (35) Saout C, Charbonnel B, Bertrand D. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative; 2008 Sep. [consulté le 16/06/17]. Disponibilité sur <http://reseauprosante.fr/files/santepublique/Pour-une-politique-nationale-d-education-therapeutique-du-patient.pdf> .
- (36) Hecquard P. Éducation thérapeutique: vers des patients acteurs de leur santé. Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins. Conseil national de l'ordre des médecins; 2009; sept (7):p.22-27. [consulté le 21/06/17]. Disponibilité sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/ODM7_web.pdf .
- (37) Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. Journal Officiel de la République Française n°0178 du 4 août 2010 page 14397 texte n° 30. [consulté le 22/06/17]. Disponibilité sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664581&categorieLien=id> .
- (38) INPES. Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme. Document complémentaire à l'annexe n°1 de l'arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient.Saint-Denis. Juin 2013. [consulté le 18/06/17]. Disponibilité sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/FormationsEpS/pdf/dispenser-ETP.pdf> .
- (39) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41. Janvier 2016. [consulté le 17/06/17]. Disponibilité sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id> .

- (40) Académie Nationale de Médecine. L'Éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine. 10 décembre 2013. [consulté le 22/06/17]. Disponibilité sur <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/01/jaffiolRapport-ETP-voté-10-XII-13-3.pdf> .
- (41) Collignon JL. Les différentes facettes de l'éducation du patient. 2002;21(1):10–3.
- (42) HAS. Education thérapeutique du patient: Définition, finalités et organisation Recommandations [consulté le 22/05/15]. 2007. Disponibilité sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf .
- (43) Simon D, Traynard P-Y, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A. Éducation thérapeutique: Prévention et maladies chroniques. Elsevier Health Sciences; 2013. 400 p.
- (44) HAS. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques Analyse critique de la littérature Etudes d'évaluation économique ou avec des données de recours aux soins. Novembre 2007. [consulté le 23/06/17]. Disponibilité sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-08/document_de_travail_analyse_critique_de_la_litterature.pdf .
- (45) Fournier C, Gautier A, Attali C et al. Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France, 2007. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2009. 42-43. p. 460-464. [consulté le 12/01/17]; Disponible sur http://www.invs.sante.fr/beh/2009/42_43/beh_42_43_2009.pdf .
- (46) Fournier C, Attali C. Éducation (thérapeutique) du patient en médecine générale. Médecine. 2012 Mar 1;8(3):123–8.
- (47) Wonca Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Geneve, Suisse. 2002 [consulté le 25/06/17]. Disponibilité sur <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf> .

- (48) ARS. Schéma Régional de l'Offre de Soins: Annexe éducation thérapeutique du patient. 2011. [consulté le 25/06/17]. Disponibilité sur https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/1_annexe_ETP_31-12-2011.pdf .
- (49) Hecquard P. Éducation thérapeutique: vers des patients acteurs de leur santé. Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins. Conseil national de l'ordre des médecins; 2009; sept (7):p.22-27. [consulté le 21/06/17]. Disponibilité sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/ODM7_web.pdf .
- (50) Ministère des Solidarités et de la Santé. Les réseaux de santé. 2016. [consulté le 25/06/17]. Disponibilité sur <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante> .
- (51) Ministère des Solidarités et de la Santé. DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins). Les chiffres clés de l'offre de soin, édition 2015. [consulté le 27/06/17]. Disponibilité sur <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/dgos-direction-generale-de-l-offre-de-soins> .
- (52) Gadreau M, Pélissier F. Le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, un instrument adapté pour la recomposition en réseaux régionalisés du système de santé français? Rev Fr Aff Soc. 2003;(1):323–44.
- (53) Robelet M, Serré M, Bourgueil Y. La coordination dans les réseaux de santé: entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. Rev Francaise Aff Soc. 2005;(1): 231–60.
- (54) Haute autorité de santé. Principes d'évaluation des réseaux de santé. Aout 1999. [consulté le 23/06/17]. Disponibilité sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reseaux.pdf> .
- (55) Code de la santé publique. Article L6221-1. 6 septembre 2003. [consulté le 24/06/17]. Disponibilité sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691334&dateTexte=&cate>

gorieLien=cid .

(56) Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM. Bulletin Officiel N°2007-4: Annonce N°67. [consulté le 23/06/17]. Disponibilité sur <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040067.htm> .

(57) Poutout G. Réseaux de santé : créer du lien pour donner du sens. Sociol Prat. 2005 Sep 1;n° 11(2):33–54.

(58) Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique. [consulté le 25/06/17]. Disponibilité sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000228211&dateTexte=&categorieLien=id> .

(59) ANAES. Réseaux de santé: guide d'évaluation. 2004. [consulté le 26/06/17]. Disponibilité sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Reseaux_2004.pdf .

(60) Code de la santé publique . Article L4130-1. 28 janvier 2016. [consulté le 25/06/17]. Disponibilité sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020885673&dateTexte=&categorieLien=cid> .

(61) Direction générale de l'offre de soins. Guide méthodologique: Améliorer la coordination des soins: comment faire évoluer les réseaux de santé? Octobre 2012. [consulté le 25/06/17]. Disponibilité sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf .

(62) ARS Nouvelle-Aquitaine. Programmes d'éducation thérapeutique du patient autorisés au 1er janvier 2017. 2017. [consulté le 24/06/17]. Disponibilité sur https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/ETP_Prog_Autorises_Nouvelle_Aquitaine_01_01_2017.pdf .

- (63) OSCARS. Programme d'éducation thérapeutique autorisé. [consulté le 12/06/17]. Disponibilité sur http://www.oscarsante.org/nouvelle-aquitaine//oscars_etp/repertoire_des_acteurs_resu_rech.php .
- (64) IREPS Aquitaine. [consulté le 15/06/17]. Disponibilité <http://www.educationsante-aquitaine.fr> .
- (65) CETBA. [consulté le 23/06/17]. Disponibilité sur <http://www.cetba.fr> .
- (66) PACE. [consulté le 22/06/17]. Disponibilité sur <http://www.pace-aquitaine.com> .
- (67) Tremblay Benjanin A-S. Médecine générale et éducation thérapeutique du patient: état des lieux et perspectives en Indre et Loire. [Thèse de Doctorat de médecine]. Tours: Université François-Rabelais; 2016.
- (68) Conseil National de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France: situation au 1er janvier 2016. 2016. [consulté le 08/07/17]. Disponibilité sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf .
- (69) Hamy-Shoshany S. Connaissances et pratiques en éducation thérapeutique: Enquête auprès de médecins généralistes de la région Rhône-Alpes. [Mémoire de médecine]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1; 2013.
- (70) Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Éducation thérapeutique du patient - Le médecin est-il - aussi un « éducateur » ? Médecine. 2009 Mai 1;5(5):218–24.
- (71) Taillardat-Beneteau C. L'éducation thérapeutique du patient (ETP). Points de repères et perspectives. Ann Pharm Fr. 2008 Nov;66(5–6):309–12.
- (72) Boutier M-C. Éducation thérapeutique des patients, entre faire et faire faire: freins et motivations des médecins généralistes de Martigues et du pourtour de l'étang de Berre. [Thèse de Doctorat de médecine]. Marseille: Université d'Aix-Marseille: 2013.

- (73) Gaye T, Mergans M. Les représentations de l'éducation thérapeutique du patient: Le regard des médecins généralistes sur leur place dans le parcours éducatif: une étude qualitative auprès des médecins généralistes en Midi-Pyrénées. [Thèse de Doctorat de médecine]. Toulouse: Université Toulouse III Paul Sabatier; 2015.
- (74) Fournier C, Buttet P, le Lay E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. Baromètre Santé Médecins Généralistes 2009. :45–83.
- (75) Turban F. Education thérapeutique du patient en médecine générale: représentations, pratiques et attentes des praticiens de la Somme [Thèse de Doctorat de médecine]. Amiens: Université de Picardie Jules Verne; 2008.
- (76) Modrin F. Opinion des médecins généralistes sur les programmes d'éducation thérapeutique hospitaliers. L'exemple du programme I-Care du CHU de Bordeaux. [Thèse de Doctorat de médecine]. Poitiers: Université de Poitiers; 2014.
- (77) Vie Sociale et Traitements. La santé en réseaux. n°81. 2004. [consulté le 23/06/17]. Disponibilité sur: <http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2004-1-page-44.htm> .
- (78) Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille, France, Union régionale des médecins libéraux de PACA, Marseille, France, INSERM, U912 (SE4S), Marseille, France, Université Aix-Marseille, IRD, UMR-S912, Marseille, France. Education thérapeutique du patient et Hospitalisation à domicile | Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) / Médecins Libéraux de PACA. 2017; fev (753): 1-8.
- (79) Cantian P. Éducation thérapeutique du patient en structure ambulatoire: état des lieux en Loire-Atlantique et en Vendée. [Thèse de Doctorat de médecine]. Nantes: Université de Nantes; 2017.
- (80) HAS. Éducation thérapeutique du patient. Auto-évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient: Guide méthodologique pour les coordonnateurs et les équipes. Mars 2012. [consulté le 19/06/17]. Disponibilité sur <https://>

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/2clics_autoevaluation_programme_etp.pdf .

(81) Gautier A, Berra N. Baromètre santé médecins généralistes 2009. St-Denis, INPES Coll Baromètres Santé. [consulté le 18/06/17]. Disponibilité sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/prevention-EPS-ETP.pdf> .

(82) Fiani M. Évaluation des connaissances des internes de médecine générale sur l'éducation thérapeutique du patient: une enquête nationale. [Thèse de Doctorat de médecine]. Amiens: Université de Picardie Jules Verne; 2016.

(83) Hernandez E. Évaluation du ressenti de l'acquisition des compétences du métier de médecin généraliste par les internes de médecine générale : enquête nationale. [Thèse de Doctorat de médecine]. Besançon: Université de Franche-Comté; 2015.

(84) Asri-Gouiffes H. Étude de l'évolution de la pratique quotidienne des médecins généralistes ayant bénéficié de la sensibilisation à l'éducation thérapeutique du patient organisée par les pôles de prévention et d'éducation thérapeutique de Picardie. [Thèse de Doctorat de médecine]. Amiens: Université de Picardie Jules Verne; 2014.

(85) Irénée L. Ressenti des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais concernant l'éducation thérapeutique effectuée chez leurs patients diabétiques de type 2. [Thèse de Doctorat de médecine]. Lille: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2016.

(86) Druon E. Mise en place de programmes ETP en milieu rural: quels problèmes et quelles solutions pour les professionnels des territoires-Marseille. [Thèse de Doctorat de médecine]. Marseille: Université d'Aix-Marseille; 2013.

(87) Asselin M. Formation médicale continue en éducation thérapeutique du patient: qu'en font les médecins généralistes ? [Thèse de Doctorat de médecine]. Tours: Université François Rabelais; 2013.

(88) Descarrier S. Impact de l'initiation à l'éducation thérapeutique sur la posture du médecin généraliste dans sa pratique quotidienne : étude qualitative à partir du

programme d'éducation thérapeutique du patient diabétique mené par le réseau de santé Addictions Précarité Diabète de Champagne-Ardenne. [Thèse de Doctorat de médecine]. Reims: Université de Reims Chamapagne-Ardenne; 2015.

(89) Foucaud J, Moquet M-J, Rostan F, Hamel E, Fayard A. Etat des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France: résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé. *Evolutions*. 2008 avr (12): 1-6.

(90) Roussel S, Deccache A. Représentations variées des concepts en éducation thérapeutique du patient chez les professionnels de soins de santé: Réflexions et Perspectives. *ETP/TPE*. 2012; dec 4(2): S401-8.

(91) Loreaux A. Représentations sur l'éducation thérapeutique du patient pour des étudiants en formation initiale de santé. [Thèse de Doctorat de médecine]. Reims: Université de Reims Chamapagne-Ardenne; 2013.

(92) Guengant A. Le rôle du médecin généraliste dans l'éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2. [Thèse de Doctorat de médecine]. Lorient: Université européenne de Bretagne; 2013.

Annexes

I. Annexe 1

Texte d'accompagnement du questionnaire

Bonjour,

Je m'appelle Brice Train. Actuellement remplaçant en médecine générale, je réalise également mon travail de thèse à la faculté de Médecine de Bordeaux pour lequel je sollicite ainsi votre participation.

Réalisé en collaboration avec mon directeur de thèse le Professeur Patrick Mercié, ce travail a pour but d'étudier l'utilisation de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) par les médecins généralistes de Gironde.

Le développement de l'ETP est un des objectifs de l'HAS depuis plusieurs années. Elle peut se réaliser aussi bien dans des établissements de santé que dans le cadre de programmes organisés dans des cabinets, des Maisons de Santé Pluridisciplinaires. Cependant, pour le moment, peu de patients présentant une maladie chronique semblent bénéficier de séances d'ETP.

Le questionnaire joint à ce courrier nous permettra ainsi d'explorer entre autres les attentes des médecins généralistes envers l'ETP, les différentes expériences vécues avec les centres spécialisés, la pratique réalisée en cabinet ainsi que la formation reçue. L'idée est ainsi de mettre en évidence les différents freins existants au développement de l'ETP afin d'émettre des idées pour améliorer la situation.

Le questionnaire a préalablement été testé sur un petit groupe de médecin à qui il a fallu entre 5 et 10 minutes maximum pour répondre. Les données recueillies sont anonymes.

Pour accéder au questionnaire, veuillez cliquer sur le lien suivant:

https://docs.google.com/forms/d/1TbDXA52Q9hw4XIkHjiY--WlspgtDUE_olp-FhnBMDQM/viewform

Je vous remercie fortement pour votre participation à mon travail de thèse.

II. Annexe 2

Voici la trame ayant servi à la création du questionnaire en ligne:

Questionnaire Thèse Sur l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) en Médecine Générale

I. Profil:

1. Âge: Moins de 35 ans 36 à 45 ans 46 à 55 ans 56 ans et plus
2. Genre : Homme Femme
3. Code postal complet du lieu d'exercice:
4. Mode d'exercice:
 - Seul
 - Cabinet de groupe de médecins uniquement
 - Cabinet pluridisciplinaire indépendant (médecins, infirmières, kinésithérapeutes...)
 - Maison de santé pluridisciplinaire (MSP) : regroupement initié par l'ARS
 - Remplaçant
 - Autre:
5. En plus de votre pratique de médecine de ville, réalisez-vous également une activité dans une autre structure?
 Oui (préciser): Non
6. Depuis combien de temps êtes-vous installé?
 - < 5 ans entre 6 et 15 ans entre 16 et 25 ans > 26 ans
7. Quel est votre temps de travail moyen hebdomadaire?
 - < 30h entre 31h et 40h entre 41h et 50h entre 51h et 60h > 60h

Représentation de l'ETP:

8. Quelles sont vos attentes vis-à-vis des programmes ETP pour vos patients ? (*choisir au maximum 4 principales attentes*)

Amélioration de la diététique	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Augmentation de l'activité physique	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Meilleure observance	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Autonomie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Responsabilisation	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Connaissance de la maladie et des facteurs de risque	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Amélioration de la qualité de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Amélioration de la prise en charge des FDR et des complications	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Amélioration de la relation médecin-patient	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Prise en charge globale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Autres:		

9. Quels critères concernant le profil de vos patients vous semblent déterminant pour leur proposer de participer à un programme ETP? (*un choix par ligne*)

	Facteur favorisant	Facteur non déterminant	Facteur défavorisant
Patient âgé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condition sociale défavorisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient peu entouré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient polypathologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient négligeant envers sa maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bonnes capacités de compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Expérience sur l'ETP:

10. Avez-vous déjà orienté des patients vers un programme / des séances d'ETP?

oui non

—> *si non, passez directement à la question 14*

11. Combien de patients environ avez-vous orienté vers un programme / des séances d'ETP sur l'année écoulée? (*réponse libre*)

12. Quelles sont les principales raisons avancées par vos patients pour ne pas participer à un programme d'ETP? (*plusieurs choix possibles*)

- Incompréhension des patients de son intérêt
- Éloignement géographique trop important
- Difficultés à dégager du temps libre
- Confiance des patients en leur capacité d'autogestion de leur maladie
- Autre:

13. Pour quelles maladies chroniques avez-vous déjà envisagé cette prise en charge ? (*plusieurs choix possibles*)

- Asthme
- BPCO
- Cardiologie
- Diabète
- HTA
- Lombalgies
- Obésité
- Psychiatrie, addiction
- Autre:

14. Pour quelles raisons n'avez-vous jamais adressé un de vos patients à un programme / des séances d'ETP? (*réponse libre en quelques mots*)

—> si vous n'avez **jamais proposé** de programme ETP à vos patients passez directement à la question 21

—> si vous avez en revanche **déjà proposé** un programme ETP à un de vos patients quelque soit l'issue, continuez à la question 15

Inscription à un programme d'ETP:

15. A quel moment et dans quelles circonstances de la maladie adressez-vous généralement vos patients à un programme / des séances d'ETP? (*plusieurs choix possibles*)

- Dès le diagnostic de la maladie
- Sur demande du patient
- Sur proposition d'un spécialiste / projet CPAM
- Lorsque la prise en charge devient difficile et complexe
- Lors de la survenue de complications de la maladie
- Lors de la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire
- Lorsque votre message éducatif ne semble pas suffire seul
- Autre:

16. Que pensez-vous des modalités d'inscription à un programme / des séances d'ETP? (*un choix par ligne*)

	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord
Méconnaissance des programmes ETP existants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réalisation des démarches trop longues et fastidieuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés de communication avec les centres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Par quel(s) moyen(s) souhaiteriez-vous que les demandes d'inscription soient réalisées? (*un choix possible*)

- Site internet unique centralisant toutes les demandes
- Demande par voie postale à un centre référent
- Autre:

Suivi d'un programme d'ETP:

18. Quels échanges avez-vous eu avec les structures concernées à propos de vos patients? (*plusieurs choix possibles*)

- Aucun
- Sollicitation de votre avis pour adapter le programme de l'ETP
- Information de l'évolution de l'ETP (par téléphone, mail, courrier...) sans sollicitation de votre avis pour la suite
- Information de l'évolution de l'ETP avec sollicitation de votre avis pour la suite de l'ETP
- Courrier de synthèse de fin d'ETP succinct
- Courrier de synthèse de fin d'ETP complet
- Autre

19. Comment évalueriez-vous votre satisfaction de ces échanges?

score de 0 (déplorable) à 10 (excellent):

20. Quelles sont / seraient vos attentes pour ces échanges? (*plusieurs choix possibles*)

- Aucune
- Sollicitation obligatoire du médecin pour la participation du patient à un programme

- Sollicitation de votre avis pour définition du contenu de l'ETP de votre patient
- Lettres d'information d'évolution du patient au cours du programme
- Courrier de synthèse de fin de programme ETP
- Autre:

Réalisation ETP au cabinet:

21. Quel type de pratique d'éducation thérapeutique du patient réalisez-vous au cabinet? *(un choix possible)*

- ETP réalisée lors de consultations classiques de suivi du patient
- ETP réalisée sous forme de consultations individuelles dédiées
- ETP en collaboration pluridisciplinaire hors programme validé par l'ARS
- ETP de manière pluridisciplinaire et formalisée dans le cadre d'un programme ARS
- Aucune

— —> si vous n'avez jamais réalisé d'éducation thérapeutique du patient au cabinet passez directement à la question 24

22. Que réalisez-vous lors de l'éducation thérapeutique de vos patients? *(un choix par ligne)*

- | | |
|--|--|
| Analyse des besoins éducatifs | <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> toujours |
| Définition d'objectifs éducatifs personnalisés | <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> toujours |
| Information | <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> toujours |
| Accompagnement psycho-social | <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> toujours |
| Mise en œuvre de séances d'éducation thérapeutique | <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> toujours |
| Coordination d'un programme ETP | <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> toujours |

23. Quelles méthodes et outils pédagogiques utilisez-vous? *(un choix par ligne)*

- | | |
|--|--|
| Supports écrits, documents, brochures, livrets | <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> toujours |
| Apprentissage de techniques | <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> toujours |
| Partages d'expériences | <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> toujours |
| Séances individuelles | <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> toujours |
| Séances collectives | <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> toujours |
| Supports audiovisuels | <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> toujours |

24. Qu'est-ce qui vous aiderait à développer des actions d'ETP au cabinet? (*plusieurs choix possibles*)

- Valorisation financière, forfait éducation
- Formation adaptée
- Coopération avec d'autres professionnels
- Annuaire de structures ressources en ETP
- Autre (préciser):

Formation à l'ETP:

25. Avez-vous déjà été sensibilisé à l'ETP (*plusieurs choix possibles*)

- FMC (Formation Médicale Continue), EPU (Enseignement Post Universitaire)
- Séminaires
- Lectures de revues
- Jamais
- Autre:

26. Avez-vous déjà bénéficié d'une formation spécifique à l'ETP? (*un choix possible*)

- Oui (préciser le nombre d'heures suivies):
- Non mais vous seriez intéressé
- Non et vous n'êtes pas intéressé

27. Comment jugez-vous l'information qui est dispensée aux médecins généralistes sur l'ETP? (pathologies prises en charge, centres vers qui adresser le patient, modalités de demande...)

score de 0 (déplorable) à 10 (excellente):

28. Quelles sont vos idées pour améliorer la situation? (*réponse libre en quelques mots*)

29. Souhaiteriez-vous participer à des programmes ETP? (*un choix possible*)

- Oui
- Éventuellement
- Non
- Vous participez déjà à des programmes

30. Si oui, comment imaginez-vous votre contribution dans ces programmes ETP? (*plusieurs choix possibles*)

- Analyse des besoins éducatifs
- Définition des objectifs éducatifs personnels
- Information
- Soutien psycho-social
- Participation à des séances d'ETP
- Coordination d'un programme ETP
- Autre:

31. Commentaires éventuels: (*réponse libre*)

Résumé

Titre: Éducation thérapeutique du patient et médecine générale: Étude chez 301 médecins généralistes en Gironde.

Objectif: Évaluation du recours aux centres ETP par les médecins généralistes (MG) ainsi que de la qualité de la communication entre eux.

Matériel et Méthodes: Un questionnaire validé par un comité d'experts comportant 31 items répartis en 7 rubriques a été envoyé par mail aux MG de Gironde. Les données étaient recueillies sur un site internet de manière anonyme du 21 janvier 2016 au 24 avril 2016.

Résultats: Sur 1543 questionnaires envoyés, 301 sont revenus soit un taux de réponse de 19,5%. 44% des MG affirment avoir déjà adressé un patient vers un programme ETP, majoritairement lorsque le message éducatif est insuffisant (75%) ou lors d'une prise en charge complexe (55%). Les principales réticences des patients sont le manque de temps (65%), l'incompréhension de l'ETP (52%) et l'éloignement géographique (49%). Les freins présentés par les MG sont la méconnaissance de l'offre locale (74%) et la méconnaissance de l'ETP (21%). Seul 67% des MG affirment avoir reçu des courriers de synthèse de leurs patients. Ils évaluent en moyenne leur communication avec les centres à 4,47/10 (+/- 2,31) et l'information reçue sur l'ETP à 2,77/10 (+/- 2,11). 23% des MG n'ont jamais été sensibilisés à l'ETP, 4% ont été formés.

Conclusion: L'étude met en avant la méconnaissance des MG de l'offre locale en ETP voire du concept d'ETP confondu avec la prévention. La communication avec les centres ETP est également insuffisante. Les MG ne se satisfont pas de cette situation et souhaiteraient mieux s'impliquer dans l'éducation de leurs patients, notamment par la réalisation du diagnostic éducatif. Les différentes améliorations nécessaires seraient la mise en place d'une formation à l'ETP lors du cursus universitaire, la réalisation de campagnes d'information auprès des patients, des MG installés, d'un site internet unique répertoriant tous les programmes ETP en Gironde, ainsi que l'amélioration de la communication avec les centres par l'assiduité de l'envoi de courriers de suivi et synthèse.

Mots clés: Éducation thérapeutique du patient, Médecine générale, Gironde.