

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 10 décembre 2018 à Poitiers
par **Monsieur David LAURENT**

Difficultés à la pratique de l'éducation thérapeutique chez l'enfant
asthmatique en médecine générale : étude qualitative auprès d'un groupe
de médecins généralistes de l'Indre et Loire.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Claude Meurice

Membres : Madame le Docteur Albouy-Llaty Marion
Monsieur le Docteur Lemercier Xavier

Directeur de thèse : Madame le Docteur Victor-Chaplet Valérie
Madame le Docteur Farcy Gwenaëlle

Le Doyen,

Année universitaire 2018 - 2019

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (**retraite 09/2019**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (**retraite 09/2019**)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie (**retraite 09/2019**)
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation (**en mission 1 an**)
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (**en mission 1 an**)
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie (**pas avant janvier 2019**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider mon jury. Veuillez trouver en ces mots l'expression de ma sincère gratitude et de mon plus profond respect.

A Madame le Docteur Marion ALBOUY-LLATY

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma sincère considération.

A Monsieur le Docteur Xavier LEMERCIER

Merci pour ton enseignement, nos débriefings toujours formateurs et pour avoir accepté de juger ce travail. Trouve ici l'expression de ma gratitude.

A Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET

Vous avez accepté de co-diriger cette thèse, merci pour votre disponibilité, votre gentillesse et toute l'aide que vous m'avez apportée dans la réalisation de ce projet. Veuillez croire en ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Gwenaëlle FARCY

Pour vos conseils et votre relecture. Veuillez croire en l'expression de mes sincères sentiments.

A Pierrick

Monsieur Chéri, merci pour tous ces moments passés et à venir, nos voyages, ton amour, nos projets... merci pour ton soutien et ton aide sur ce travail. Je t'aime.

A mes parents

Pour votre soutien tout au long de ces études, vous pouvez souffler, c'est terminé ! Merci pour l'éducation que vous m'avez donnée et les valeurs que vous m'avez transmises. Recevez tout mon amour.

A ma grand-mère Nicole

Pour toute la fierté dont tu fais preuve à mon égard et qui me porte, pour ton soutien et ton amour. Soit certaine de mon amour.

A ma grand-mère Denise

Un peu ici, surtout ailleurs, sache que tu es toujours dans mon cœur.

A mon grand-père

Parti trop vite, j'espère que tu es fier là où tu es.

A mes amis

Perrine, ma Perrinou, parce que tu es ma marraine de cœur, j'espère que tu es fière de « ton poulain gagnant ». Merci pour tous tes conseils lors de ces années, ton coaching, tous ces moments passés, nos vacances à Rosy. Merci d'être toujours présente et de voir la vie du bon côté.

Julia, ma Jules, pour nos fous rires, nos soirées, notre colloque, notre chasse au frelon, nos parties de yam's, et la liste serait trop longue... sans toi ces années d'externat auraient été monotones.

Chloé, Alex, et Ben, mes piliers de P1. Merci pour ces moments au chalet et de m'avoir appris à skier. Loin des yeux mais près du cœur.

Sophie, ma Tac, merci pour ces bons moments passés ensemble et ce semestre aux urgences.

Pao, Léa, Elo, Vaness et Julie, pour nos vacances et nos soirées, toujours un bol d'air frais au milieu de la médecine. Merci d'être toujours là et de résister à la distance et au manque de temps.

Jéjé, Claire, Maudus, Antho, Héléne, Angel, Gaëlle, Léa, Simon... vous faites maintenant partie de ma vie, merci de ces joyeux moments passés et à venir.

A tous ceux qui ont croisé ma route

Médecins, infirmiers, internes, aide-soignante, secrétaires... et qui m'ont aidé durant ma vie de carabin.

Aux médecins qui ont accepté de participer à ce travail

Merci pour le temps que vous m'avez consacré.

TABLE DES MATIERE

GLOSSAIRE	9
1. INTRODUCTION	10
2. MATERIEL ET METHODES	12
3. RESULTATS	13
3.1. ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES EN MATIERE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DANS L'ASTHME DE L'ENFANT	13
3.1.1. DANS LE DOMAINE DES CONNAISSANCES	14
3.1.2. DANS LE DOMAINE DES HABLETES	15
3.1.3. DANS LE DOMAINE DES ATTITUDES	16
3.1.4. DANS L'EVALUATION ET LE SUIVI	17
3.2. EXPLORATION DES DIFFICULTES ET FREINS A L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DANS L'ASTHME	19
3.2.1. LE TEMPS	19
3.2.2. LE MATERIEL	19
3.2.3. LES STRUCTURES EDUCATIVES	19
3.2.4. LE PROFIL DU MEDECIN	20
3.2.5. LE RESSENTI DU MEDECIN	20
3.2.6. LES CONNAISSANCES DU MEDECIN	20
3.2.7. LES AUTRES INTERVENANTS	21
3.2.8. LE PROFIL DES PATIENTS	21
3.2.9. LE RESSENTI DES PATIENTS	22

3.3. BESOINS RESSENTIS POUR L'AMELIORATION DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DANS L'ASTHME	22
3.3.1. VALORISATION DE L'ACTE	22
3.3.2. MISE A DISPOSITION D'OUTILS	22
3.3.3. OPTIMISER LES OFFRES DE PROXIMITE	23
3.3.4. DEVELOPPER LES FORMATIONS	24
<u>4. DISCUSSION</u>	25
4.1. FORCES ET FAIBLESSES	25
4.2. RESULTATS	26
<u>5. CONCLUSION</u>	29
<u>6. BIBLIOGRAPHIE</u>	30
<u>7. ANNEXES</u>	33
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE QUANTITATIF DE CARACTERISATION DE L'ECHANTILLON	33
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN	34
ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN MODIFIE 1	35
ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN MODIFIE 2	36
ANNEXE 5 : CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	37
TABLEAU 1 : CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	38
<u>RESUME ET MOTS CLES</u>	39
<u>SERMENT</u>	41

GLOSSAIRE

ASALEE	Action de santé libérale en équipe
DEP	Débit expiratoire de pointe
ETP	Éducation thérapeutique du patient
FMC	Formation médicale continue
HAS	Haute Autorité de Santé
PAI	Projet d'accueil individualisé
PAPE	Plan d'action personnalisé écrit

1. INTRODUCTION

L'asthme est une maladie respiratoire chronique présentant des caractéristiques typiques qui la distinguent des autres pathologies pulmonaires.

Elle est définie par des symptômes tels que la respiration sifflante, l'essoufflement, l'oppression thoracique et la toux qui varient avec le temps dans leur fréquence et leur intensité (1).

L'asthme est une maladie commune qui sévit dans tous les pays, quel que soit leur niveau de développement et affecte tous les niveaux de la société.

D'après les estimations de l'OMS (organisation mondiale de la santé), il y a actuellement 235 millions d'asthmatiques dans le monde. C'est la maladie chronique la plus courante chez l'enfant (2).

En France, toutes les études actuelles s'accordent sur le fait que la prévalence de l'asthme est en augmentation (3)(4)(5). Ainsi, les derniers résultats de l'enquête triennale en milieu scolaire effectuée alternativement en classe de grande section de maternelle, CM2 et 3e estime la prévalence de l'asthme vie entière entre 10 et 16 % selon le niveau scolaire (6)(7).

Les traitements et la stratégie thérapeutique pour maintenir le contrôle de l'asthme sont bien établis à ce jour. Ils reposent sur un traitement médicamenteux, en particulier avec des corticostéroïdes inhalés, l'éviction des facteurs déclenchants et l'ETP (éducation thérapeutique du patient) (1).

L'objectif de ces thérapeutiques est d'obtenir un asthme contrôlé défini par une absence ou une diminution des symptômes, une fonction pulmonaire normale ainsi que des activités physiques, sportives et quotidiennes non limitées.

La prise en charge de l'asthme de l'enfant s'est améliorée ces dernières années, notamment dans le diagnostic et la prescription du traitement de fond par corticoïdes inhalés (8).

Malgré cela, plusieurs études ont mis en évidence que le contrôle de l'asthme en France n'était toujours pas optimal (9)(10). Il en résulte une augmentation des hospitalisations (6)(11) et du recours au service des urgences. Ce manque de contrôle provoque également un absentéisme scolaire pour les enfants et professionnel pour leurs parents. Tout cela engendre un coût non négligeable pour la société. Mais surtout, il induit une limitation des activités physiques ainsi qu'une diminution de la qualité de vie. Plusieurs facteurs en sont responsables, et notamment le manque de connaissances du patient sur sa maladie et ses traitements.

Il est clairement démontré que l'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique et de sa famille est un élément clé pour le contrôle de l'asthme (12)(13)(14)(15)(16)(17). Le médecin généraliste, par sa connaissance du patient et son approche globale, est le professionnel de santé le mieux adapté pour élaborer un programme d'éducation adapté.

Malgré les recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé) de juin 2002 (18), et les nombreux outils à disposition (19), plusieurs études montrent un manque d'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique et de sa famille. Une thèse effectuée en 2016 en Bourgogne-Franche-Comté a montré que 98% des médecins interrogés pensaient que l'éducation thérapeutique jouait un rôle majeur dans la prise en charge de l'asthme alors que 78% d'entre eux n'en faisaient pas, ou parfois (20). Ce manque de démarche éducative se retrouve dans plusieurs autres thèses (21)(22).

Outre le manque de temps et de valorisation par le système de santé actuel, il paraît évident que les médecins généralistes éprouvent toujours des difficultés en matière d'éducation thérapeutique.

A ce jour peu d'études ont évalué l'origine de ces difficultés afin de permettre une meilleure prise en charge de l'asthme de l'enfant en proposant notamment des outils adaptés.

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les freins ressentis par les médecins généralistes en terme d'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique et de sa famille. Les objectifs secondaires sont de faire un état des lieux de leurs pratiques éducatives afin de définir leurs besoins pour leur proposer des outils ou mesures applicables en consultation pour améliorer cette démarche éducative.

2. MATERIEL ET METHODES

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des médecins généralistes installés en Indre et Loire.

L'étude a été menée dans le cadre d'une thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine.

Le recrutement des médecins s'est fait par appel téléphonique en utilisant leurs coordonnées issues des pages jaunes. Il leur été demandé, directement ou par l'intermédiaire du secrétariat, s'ils acceptaient de participer à un entretien dans le cadre d'une thèse portant sur l'asthme de l'enfant. Un rendez-vous était ensuite programmé au cabinet.

Avec leur accord, l'entretien était enregistré avec l'application « dictaphone » d'un iPhone.

L'échantillon était raisonné en fonction du lieu d'installation puis du sexe et de l'âge, afin d'obtenir une diversification des données.

Le guide d'entretien comportait sept questions principales avec plusieurs questions de relance si nécessaires (annexe 2). Il a été modifié à deux reprises durant l'étude, après le deuxième entretien (annexe 3), puis après le neuvième (annexe 4), afin d'augmenter la fiabilité des données. Quatre thèmes étaient explorés : les pratiques en matière d'éducation thérapeutique dans l'asthme de l'enfant, les outils utilisés ou connus, les difficultés ressenties et les besoins éprouvés pour pallier à ces difficultés. L'étude portait sur les enfants âgés de plus de 36 mois et de moins de 14 ans.

Après retranscription des entretiens, de manière anonyme et dans leur intégralité, les verbatim ont été codés à l'aide du logiciel N'Vivo selon une démarche itérative. L'analyse s'est faite en bloc au dixième entretien puis de manière continue jusqu'à saturation des données. La suffisance des données a été atteinte au 12ème entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été effectués, n'apportant pas de nouvelles idées. Une deuxième analyse a été effectuée par la directrice de recherche, sur les entretiens 6 et 7, jugés les plus riches en concepts, afin de garantir sa reproductibilité.

3. RESULTATS

14 entretiens ont été menés de juillet à octobre 2018. Leur durée variait de 13min37s à 32min34s avec une médiane à 20min09s. Un entretien s'est effectué au restaurant un midi, les autres ont été réalisés au cabinet des médecins.

Les caractéristiques de l'échantillon sont représentées dans le tableau 1 et en annexe 4.

8 interviewées étaient des femmes. L'âge médian était de 46,5 ans avec un minimal de 33 ans et un maximal de 57 ans. Quatre médecins étaient installés en milieu urbain et trois en milieu rural. Quatre d'entre eux étaient Maitres de Stage Universitaire. Aucun des médecins interrogés n'avaient de formation dans l'asthme ou en matière d'éducation thérapeutique.

3.1. État des lieux des pratiques en matière d'éducation thérapeutique dans l'asthme de l'enfant

Les pratiques des médecins de l'échantillon étaient très variées.

Pour plusieurs médecins, l'éducation thérapeutique était de l'ordre du spécialiste.

« Pour moi ils sont déjà tous gérés par le pneumo-pédiatre. Moi je suis là pour renouveler le traitement, ou dire : « ça, ça ne va pas très bien, je pense qu'il faut refaire un point avec le pneumo-pédiatre. » » (Entretien 3)

« Quand on a besoin de faire une éducation thérapeutique un petit peu plus poussée, soit par ce que... Ils ne sont pas observant, soit ils ont un asthme particulièrement grave, on les envoie au pneumo pédiatre. » (Entretien 8)

Alors que pour d'autres, elle apparaissait comme un élément essentiel dans la prise en charge des patients.

« Moi je suis très éducation thérapeutique. Je suis très travail en amont. Voilà, j'insiste énormément sur la prévention. Et j'avoue que ça marche bien. » (Entretien 7)

3.1.1. Dans le domaine des connaissances

Certains médecins expliquaient ce qu'est la maladie asthmatique.

*« J'explique que c'est une maladie inflammatoire des bronches, voilà, qui entraîne son obstruction. »
(Entretien 7)*

Tous les médecins interrogés insistaient sur les modalités de traitement et notamment la distinction entre traitement de fond et traitement de crise.

« Je leur explique bien la différence entre la cortisone au long cours et la ventoline. Ça je leur explique bien, attention ça c'est vraiment pour le fond et ça c'est vraiment pour la crise, donc normalement tu ne devrais pas utiliser de ventoline, ou vraiment très occasionnellement. » (Entretien 4)

*« Je leur dis également que c'est très important pour les enfants de maintenir le traitement continu, le traitement préventif, si y'en a un, parce que sinon ils perdent un peu de leur capacité respiratoire. »
(Entretien 5)*

Les facteurs d'exacerbations étaient aussi régulièrement expliqués aux parents.

« Ça peut être les virus, ça peut être les allergies, les polluants, donc après comme ça, ça permet de parler du tabac. » (Entretien 8)

Quelques médecins enseignaient aux parents les signes de gravité à rechercher lors d'une crise d'asthme.

« Je leur montre aussi comment l'enfant, quand l'enfant est en détresse respiratoire, je leur montre... Et je leur montre de toute façon où vont être les signes de détresse respiratoire chez l'enfant. » (Entretien 5)

Pour s'aider dans cette éducation, les praticiens faisaient régulièrement des schémas.

« Je leur fais souvent des petits dessins, pour leur montrer ce que c'est qu'une bronche inflammée, à quoi sert un bronchodilatateur, la différence entre bronchodilatateur et traitement de fond. » (Entretien 14)

Certain recherchaient des d'images ou de vidéos sur internet.

« Souvent je fais docteur Google et je trouve des trucs intéressants mais je n'ai pas d'habitude particulière. » (Entretien 1)

*« Après parfois internet, je leur propose d'aller regarder les vidéos sur des bronches inflammées. »
(Entretien 14)*

3.1.2. Dans le domaine des habiletés

Beaucoup de médecins généralistes interviewés expliquaient les techniques d'inhalation.

« Le Babyhaler là, mettre 2 doses dans la petite chambre et puis les faire respirer, bien regarder la valve au bout, 10 fois à chaque inhalation. » (Entretien 6)

Certains possédaient une voire plusieurs chambres d'inhalation ainsi que différents systèmes d'inhalation afin de les manipuler avec les patients.

« Chez les petits moi j'ai toujours un Babyhaler et, enfin un Babyhaler ou autre chose, les nouveaux trucs... et un truc de Ventoline, Pour vraiment leur montrer comment on secoue, comment on introduit, comment on coince l'enfant, comment on fait la bouffée. Je leur montre tout le temps. » (Entretien 5)

« On fait souvent les inhalations, qu'il y ait chambre ou pas chambre, on fait les inhalations ensemble, on manipule... J'ai tout un truc (va dans le placard), tu vois j'ai tout un truc avec, tous mes démonstrateurs et on le fait ensemble. » (Entretien 1)

D'autres pensaient que c'était le rôle du pharmacien de montrer le fonctionnement de ce matériel.

« Bah c'est le pharmacien qui montre je pense. » (Entretien 4) ou d'autres intervenants « il y a des fois l'hôpital qui leur montre également, euh... quand ils sont passés par l'hôpital. » (Entretien 7)

Plus rarement, le DEP (débitmètre de pointe) était utilisé par les médecins.

« J'ai un babyhaler, j'ai des Peak flow aussi, enfants et adultes, d'ailleurs j'en fais prescrire, mais ça c'est plus pour les adultes. Pour les enfants un peu plus âgés les Peak flow ça... ça peut être utile. » (Entretien 7)

« Il faudrait faire plein de choses, que ce soit les Peak flow, etc.... mais après moi je ne le fais pas. » (Entretien 6)

Et très peu en prescrivaient alors qu'ils estimaient que cela pourrait être utile.

« Certains oui. Certains chez qui ça les aide de pouvoir contrôler, ou qui ont des décompensations qui ne sentent pas très bien. Souvent les enfants comme ils bougent beaucoup, [...] le Peak flow ça peut aider. » (Entretien 8)

« Non. Mais c'est vrai que ça pourrait être utile, pour voir... pour savoir quand prendre la ventoline, l'efficacité en cas de crise... » (Entretien 5)

3.1.3. Dans le domaine des attitudes

Quelques médecins apprenaient aux parents et aux enfants à reconnaître les symptômes d'asthme.

« Un enfant qui commence à tousser, une toux sèche spasmodique, c'est un début d'asthme. Ça j'insiste à leur dire. Pour vous ça ne vous semble pas être de l'asthme, mais une toux, nocturne notamment... mon enfant tousse beaucoup, la nuit etc., et la journée quand il joue au foot... Je leur dis, c'est déjà des symptômes. » (Entretien 7)

« Tous les signes avant-coureurs, de gêne quand il fait du sport, de courir un peu moins vite, de toux quand il rigole... Tous ces petits signes là, qui sont déjà des signes de décompensation, on essaye de bien leur faire pointer. » (Entretien 8)

Et ils leurs enseignaient à prendre les mesures adaptées en fonction du degré d'urgence.

« Plus ils grandissent et plus on essaye de responsabiliser les enfants, c'est-à-dire que même tout petit, même 5-6 ans, on peut dire : «si toi tu en veux de la Ventoline, tu dis que tu en veux », on dit aux parents qui ne se posent pas de questions, même s'ils n'entendent pas siffler, même si l'enfant ne tousse pas, s'il en demande il en prend. Il n'en demande jamais pour rien. » (Entretien 8)

« Souvent je leurs dis de donner une dose de corticoïdes quand l'enfant est vraiment très gêné. Et puis après si ça persiste, au bout d'une demi-heure, une heure, soit appeler le 15 si c'est la nuit, soit nous appeler rapidement quoi. » (Entretien 6)

Certains médecins insistaient sur la prévention des exacerbations d'asthme dans certaines situations et notamment avant la pratique du sport.

« Plus ils grandissent, plus on dédramatise les prises, la position vis-à-vis des copains, d'en prendre avant le sport [...] « ouais mais moi je suis obligé de prendre ça avant... » alors ils le font en cachette dans les vestiaires, on essaye de dédramatiser quoi. » (Entretien 8)

Une majorité des médecins utilisait un PAPE (plan d'action personnalisé écrit) comme support à leur discours éducatif.

« Je donne des protocoles de Ventoline... en cas de crises d'asthme, comme à Clocheville. Je les ai mes protocoles Ventoline. » (Entretien 1)

« Mais c'est pour ça qu'il faut que tous les protocoles soient faits par écrit, parce qu'au milieu de la nuit, les parents paniquent un peu. Et quand c'est écrit, c'est beaucoup plus simple. Même s'ils les connaissent par cœur. » (Entretien 8)

D'autres expliquaient à l'oral et ne trouvaient pas nécessaire de remettre un protocole écrit.

« Non. Ça je ne formalise pas avec un papier. C'est un peu chiant les papiers, on en fait beaucoup beaucoup déjà. » (Entretien 13)

« Alors très souvent... non. Il n'y a pas de protocole. Les parents sont toujours là, ils sont toujours accompagnés, donc ils savent quoi faire en cas de crise » (Entretien 3)

Le PAI (projet d'accueil individualisé) a souvent été cité par les médecins comme outil d'éducation thérapeutique.

« Les PAI, maintenant, je les fais systématiquement en consultation, ça permet de revoir, on en profite pour demander combien il reste de flacon à la maison, vérifier que les parents ont bien compris, qu'ils fassent le protocole la maison. » (Entretien 8)

« Les écoles nous demandent le PAI, pour pouvoir appliquer un protocole à l'école. C'est le moment justement, comme on doit le faire annuellement, de reparler du protocole. » (Entretien 7)

3.1.4. Dans l'évaluation et le suivi

Une majorité des médecins interrogés profitaient du renouvellement des traitements ou du PAI pour réévaluer les acquis.

« J'essaie de voir quand je les revois s'il y a des moments où ils ne l'ont pas pris. Euh... ils ont bien compris l'importance du traitement de fond, de le prendre en continu. » (Entretien 11)

Cela permettait aussi de vérifier la connaissance et la compréhension du PAPE.

« Il faut des fois revenir un petit peu... surtout si l'enfant n'en a pas fait depuis longtemps, est-ce que vous avez bien toujours votre protocole en cas de crises ? Qu'est-ce que vous faites ? Combien de bouffées ? Vous attendez combien de temps pour faire la deuxième bouffée ? etc. » (Entretien 7)

Les consultations pour crise d'asthme étaient également l'occasion d'évaluer l'utilisation des systèmes d'inhalation.

« Quand ils viennent en cas de crise, moi c'est « tu sors ta Ventoline », donc déjà s'il ne l'a pas, il se fait engueuler, et puis il le prend devant nous donc c'est là que, le fait de ne pas remuer, de mal inhaler, on revoit tous les problèmes classiques de mauvaise prise. » (Entretien 8)

Certains médecins exploraient les problèmes rencontrés.

« Avez-vous des questions ? Qu'est-ce qui vous bloque ? Qu'est-ce qui vous pose problème ? Voilà. Pourquoi par exemple la dose du soir elle pose problème ? Et puis j'essaye de répondre à leurs difficultés. » (Entretien 7)

Pour d'autres, le suivi consistait essentiellement à renouveler les médicaments.

« Ils viennent, ils renouvellent, ça va ? Ça va bien. Pas de passage aux urgences ? Non. Pas de soucis ? Non. Ok on renouvelle. » (Entretien 3)

« Mais après je ne le réexplique pas. Voilà. Si les parents ne me demandent pas, ou l'enfant, moi je ne réexplique pas l'intérêt du traitement à d'autres moments. » (Entretien 11)

Peu de médecins utilisaient des outils pour le suivi comme l'utilisation de questionnaires.

« J'utilise une petite échelle là, qui doit avoir un nom, mais je ne m'en souviens plus, pour savoir quand il ressent des symptômes, combien de fois ils ont ressenti des symptômes, par semaine, si ils en ont dans la nuit... » (Entretien 11)

« En fait, je les ai les questionnaires, mais euh... Je le fais dans l'interrogatoire [...] Mais c'est vrai que je n'utilise pas les questionnaires validés. Parce que c'est pareil, quand on les lit et qu'on les remplit, ça prend plus de temps, que quand on le fait en même temps qu'autre chose. Mais au final c'est les mêmes questions. » (Entretien 8)

Enfin, très peu de médecins interrogés programmaient des consultations dédiées à l'éducation thérapeutique.

« Non. C'est vrai que je ne les refais pas revenir juste pour ça. Je leurs épargne ça déjà qu'ils attendent 1 heure dans ma salle d'attente si alors en plus je les fais revenir juste pour parler, je suis pas sûr qu'ils soient tous... euh... voilà. » (Entretien 1)

« Après c'est en fonction des parents, je dirais c'est la fréquence de suivi. On voit qu'il y a des parents, bon, qui maîtrisent, donc on peut espacer. Quand c'est au début d'instauration du traitement de fond, ou que la maman n'est pas à l'aise, qu'elle panique un petit peu, on peut re-convoquer l'enfant tous les 15 jours s'il le faut, ou tous les mois. » (Entretien 7)

3.2. Exploration des difficultés et freins à l'éducation thérapeutique dans l'asthme

3.2.1. Le temps

La majorité des médecins interrogés ont cité le temps comme principal frein.

« Le temps. Typiquement le temps parce que quand tu as une salle d'attente bondée, heu... t'as pas le temps. ». (Entretien 1)

3.2.2. Le matériel

Certains médecins regrettaient ne pas avoir de matériel pour expliquer la maladie et les traitements aux patients.

« Mais bon ceci dit, c'est vrai qu'une chambre d'inhalation je n'en ai pas, c'est vrai que ça pourrait me manquer ça. » (Entretien 4) ainsi que pour faciliter le suivi « on utilise beaucoup le carnet de santé finalement. » (Entretien 1)

3.2.3. Les structures éducatives

La distance avec les structures éducatives était souvent citée.

Elle génère un coût.

« Ça coûte cher d'aller à Tours. » (Entretien 5)

Et cela prend du temps.

« Et en plus à Loches on est quand même à trois quarts d'heure de Tours, et je pense que tout est à Tours. [...] moi je préfère qu'ils aillent faire du sport le mercredi après-midi plutôt que d'aller se faire suer et perdre quatre heures de leur journée à aller... hein ? On est d'accord. » (Entretien 5)

Au-delà de ça, c'est surtout la méconnaissance de ces structures qui prédominait.

« Non je ne connais pas les réseaux de l'asthme sur le secteur. » (Entretien 6)

« Après moi c'est que je ne suis pas au courant hein ! mais pourquoi pas, je ne suis pas... mais je ne savais pas. » (Entretien 1)

3.2.4. Le profil du médecin

Certains généralistes confiaient faire peu d'éducation thérapeutique dans l'asthme car ce n'était pas un sujet qu'ils affectionnaient.

« Autant je fais beaucoup de Rhumato et de gynéco-obstétrique, mais la pneumo... c'est pas mon truc. » (Entretien 10)

« J'ai pas beaucoup de patient alors c'est vrai que je pense que je m'y intéresse moins. » (Entretien 11)

3.2.5. Le ressenti du médecin

Quelques médecins ne trouvaient pas utile d'approfondir l'éducation thérapeutique de leurs patients car ils avaient le sentiment que l'asthme était contrôlé et les patients bien informés.

« Pour être franc dans l'éducation thérapeutique dans l'asthme je ne fais pas grand-chose... parce que la plupart des patients sont en fait plutôt bien équilibrés. » (Entretien 3)

« J'en parle peut-être pas suffisamment avec eux parce que, voilà, j'ai l'impression qu'ils connaissent déjà. » (Entretien 2)

D'autres rapportaient ne pas ressentir de difficultés.

« On a l'impression de savoir, que ça ne pose pas trop de problème, mais peut-être à tort effectivement. » (Entretien 6)

« Honnêtement, je ne trouve pas que ce soit une pathologie qui pose des difficultés. » (Entretien 13)

3.2.6. Les connaissances du médecin

Une majorité de médecins avouait ne pas être à l'aise dans l'éducation thérapeutique des enfants asthmatiques à cause d'un manque de connaissances.

« Après moi honnêtement je dois pas... y'a probablement des finesses que j'ignore et que je sais pas... voilà je sais mettre en place leurs traitements mais alors l'éducation ça ne doit pas être mon fort. » (Entretien 1)

« Je ne me sens pas à l'aise, pas assez à l'aise pour en plus faire de l'éducation thérapeutique, je ne saurai pas leur expliquer. » (Entretien 11)

Ils attribuaient ceci à leur manque de formation dans ce domaine.

« Après le manque de connaissance aussi, ça reste, je fais un petit peu ce que je sais...voilà, c'est surtout ça. Effectivement je n'ai pas de connaissances sur l'éducation thérapeutique dans l'asthme, c'est surtout ça, le manque de formation. » (Entretien 6)

Certains médecins expliquaient ce manque par une offre de formation pauvre dans le domaine de l'éducation thérapeutique dans l'asthme.

« Il y a des sujets sur l'asthme évidemment, pas tellement sur l'éducation. » (Entretien 5)

De plus, ils rapportaient des difficultés pour maintenir leur niveau de connaissances du fait de sources multiples et non uniformisées, ainsi que de leur absence de centralisation.

« C'est pareil, d'un côté tu vas avoir la reco HAS, de l'autre la reco du collègue des enseignants puis du truc national des cardiologues ou des pneumologues là en l'occurrence. Et puis des fois ce n'est pas tout à fait la même chose. » (Entretien 2)

« C'est toujours pareil en médecine, c'est dispatché. C'est marrant d'ailleurs qu'il n'y ai pas une centralisation des informations. » (Entretien 14) et du manque de diffusion « on n'est jamais informé sur la sortie d'une dernière recommandation alors que sur nos boites mails pros on reçoit tout un tas d'information mais pas les dernières recos HAS. » (Entretien 2)

3.2.7. Les autres intervenants

Le suivi conjoint avec les spécialistes pédiatres, pneumologues, allergologues notamment, a parfois été décrit comme un frein à la pratique de l'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique par le médecin généraliste.

« Entre le fait qu'on ait l'impression que ce soit déjà un peu géré par le pneumologue [...] bah c'est vrai que je pense que je ne le fais pas suffisamment. » (Entretien 2)

Un médecin a rapporté avoir des difficultés dues au discours antagoniste du pharmacien.

« Le discours des pharmaciens, qui va à l'encontre de ce que l'on dit. » (Entretien 8)

3.2.8. Le profil des patients

Les médecins interrogés ont souvent mentionné le profil de certains patients comme un obstacle à la réalisation de l'éducation thérapeutique.

« Je trouve que tu as quand même deux, enfin ça ne se dit pas mais tant pis, tu as quand même deux grandes catégories d'enfants asthmatiques. Les enfants asthmatiques de milieu « normaux » et tu en a qui sont aussi très gênés par leur environnement. » (Entretien 1)

« La réelle difficulté c'est vraiment sur certains jeunes parents, sur le tabac... Voilà c'est compliqué. [...] Enfin voilà il des choses comme ça, et les gens quand ils n'ont pas envie ils n'ont pas envie quoi. » (Entretien 9)

3.2.9. Le ressenti des patients

Quelques praticiens disaient être confrontés à des parents qui n'étaient pas réceptifs au discours éducatif car ils avaient le sentiment que l'asthme de leur enfant était contrôlé ou d'avoir assez de connaissances sur la maladie.

« Elle a l'impression que c'est bien contrôlé alors que ce n'est pas le cas puisqu'il a refait des exacerbations, etc... » (Entretien 2)

« On a l'impression que l'asthme fait tellement partie de la... de la vie, parce que maintenant il n'y a pas une classe où il n'y a pas un asthmatique voir plusieurs, donc euh... c'est vrai que les parents ont l'impression de savoir. » (Entretien 10)

3.3. Besoins ressentis pour l'amélioration de l'éducation thérapeutique dans l'asthme

3.3.1. Valorisation de l'acte

Un médecin souhaitait une valorisation de l'éducation thérapeutique dans l'asthme par la sécurité sociale.

« Il faut une consultation rémunérée mais qui n'existe pas, on l'a pour la pilule, l'obésité... voilà. Mais on pourrait très bien envisager une consultation longue... moi quand je prescris la pilule la première fois, je mets une demi-heure, je prends du temps pour expliquer. » (Entretien 10)

3.3.2. Mise à disposition d'outils

Un petit nombre de médecins ne disposaient pas de matériel pour éduquer leurs patients et souhaitaient en acquérir.

« Mais oui, il faudrait qu'on ait au moins une chambre d'inhalation et puis un truc de ventoline quoi, pour expliquer. » (Entretien 6)

Certains souhaitaient enrichir leurs outils éducatifs.

« Des petites choses de démonstration que l'on avait à l'hôpital, qui était sympa, comme les petites roulettes que l'on met soit sur les babyhaler pour qu'ils apprennent à faire le bruit, ou dans les Peak flow pour qu'ils fassent l'avion, tout ça, je dirais que c'est le côté ludique qui était pas mal. » (Entretien 8)

Ou avoir des supports pour faciliter les explications et le suivi.

« Bah à la place de mes petits dessins moches, des supports écrits qui serait bien didactiques, pourquoi pas » (Entretien 14)

« On n'a pas de carnet de suivi, ça serait pas mal. » (Entretien 1)

Quelques généralistes ont évoqué qu'avoir un site internet de référence dédié au médecin pourrait leur être utile.

« Un site éventuellement dédié ou de référence, pourquoi pas. » (Entretien 12)

D'autres ont proposé une application ou un site internet dédié au patient.

« Pourquoi pas un site avec des vidéos, que les gens pourraient regarder, ça ne serait pas mal » (Entretien 14)

« Maintenant les gens sont tous connectés, une appli... » (Entretien 12)

3.3.3. Optimiser les offres de proximité

Les médecins interrogés n'étaient pas réticents à adresser leurs patients à des structures éducatives, ils souhaitaient avoir des informations sur ces réseaux.

« Si heu... l'école de l'asthme peut nous envoyer ou quelqu'un ou des brochures, ça peut être intéressant. Qu'on fasse un peu plus connaissance, parce que tu vois moi je ne connaissais pas l'école de l'asthme. » (Entretien 1)

Ils partageaient l'envie que cela se développe dans leur secteur d'exercice.

« Donc évidemment que si, s'il y avait quelque chose sur Loches, évidemment que j'enverrai » (Entretien 5)

« Bah une école du souffle, de l'asthme, à Chinon, ça serait pas mal. » (Entretien 3)

Un médecin a évoqué les infirmières dédiées à l'éducation thérapeutique sans mentionner précisément selon quel dispositif.

« Après c'est très à la mode, des infirmières détachées qui font de l'éducation ou effectivement, là sur Chinon, effectivement une infirmière qui fasse ça, à côté de la pédiatre, ça, ça pourrait être bien. » (Entretien 6)

3.3.4. Développer les formations

La majorité des médecins s'accordaient sur leurs besoins de formation à la fois sur l'asthme mais aussi sur l'ETP.

« Des formations spécifiques à l'éducation thérapeutique c'est sûr que ça serait intéressant, il n'y en a pas tant que ça. » (Entretien 2)

Certains préféraient que ces formations se fassent sous la forme de soirée.

« Parce que moi je vais très régulièrement aux soirées labo donc pourquoi pas un thème sur l'asthme infantile, oui pourquoi pas. C'est toujours intéressant. » (Entretien 4)

Pour d'autres, sous forme de stage pratique.

« Je prendrais une demi-journée pour aller voir à l'école de l'asthme ce qu'ils font, ce qu'ils disent au patient. Je trouve... je pense qu'on apprend beaucoup plus de ses pairs en voyant. » (Entretien 5)

4. DISCUSSION

L'objectif de l'étude était d'explorer les pratiques et difficultés ressenties par les médecins généralistes en matière d'éducation thérapeutique dans l'asthme de l'enfant âgé de 3 à 14 ans afin de leur proposer des outils et mesures adaptés à leurs besoins.

4.1. Forces et faiblesses

L'approche qualitative était la méthode la plus adaptée pour répondre à ces objectifs. Les entretiens semi-dirigés permettaient aux médecins d'exprimer librement leurs difficultés et leurs besoins.

L'utilisation de focus group aurait pu enrichir les résultats mais paraissait difficilement faisable au vu du nombre déjà faible de médecins acceptant un entretien individuel de 20 minutes.

L'échantillon était réparti de façon homogène en fonction du lieu d'installation, du sexe et de l'âge. L'étude s'est restreinte aux médecins généralistes installés en Indre-et-Loire afin qu'elle soit techniquement réalisable. Le mode de recrutement a permis d'avoir un panel de médecins généralistes se rapprochant de la population étudiée même si les entretiens étaient effectués sur la base du volontariat. L'interview était effectué sur le lieu de travail du médecin, lui permettant de répondre sereinement.

Aucun des médecins de l'étude n'avaient de formation à l'ETP ce qui aurait pu enrichir les résultats de cette étude.

L'enquêteur réalisait pour la première fois des entretiens semi-dirigés. Cela a pu influencer la qualité des interviews par l'utilisation de questions trop fermées, le manque de relances... La relecture des verbatim et la réflexion sur le guide d'entretien ont été réalisés pour éviter au maximum ces biais.

Le nombre d'actes quotidiens des médecins généralistes n'a pas été demandé ce qui aurait permis de mieux appréhender l'analyse de leurs difficultés notamment le manque de temps.

Un codage conjoint par l'enquêteur et la directrice de recherche a été effectué pour seulement les entretiens 6 et 7 car ceux-ci ont été jugés très riches en informations. Un double codage sur l'ensemble des entretiens aurait permis de renforcer la validité de l'étude mais était difficilement réalisable en pratique.

La réalisation de deux entretiens supplémentaires après la saturation renforce l'exhaustivité des données.

Cette étude renforce et apporte de nouvelles données sur les difficultés qu'éprouvent les médecins généralistes dans l'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique. Elle donne également des pistes permettant d'y faire face.

4.2. Résultats

La majorité des généralistes interrogés ne ressentait pas de difficultés dans la prise en charge de leurs patients asthmatiques, adultes et enfants, et rapportaient un contrôle satisfaisant de leur asthme. Or les études montrent une augmentation de la prévalence de l'asthme chez les enfants et du nombre de recours aux urgences (3)(4).

Les dernières données de 2015 ont montré que plus des deux tiers des hospitalisations pour asthme concernaient des enfants âgés de moins de 15 ans. Le taux brut d'hospitalisations était de 33,1 pour 10 000 enfants et était en augmentation depuis l'an 2000 (7).

Il n'était pas possible d'analyser dans le contexte de cette étude, avec un si petit échantillon, et devant d'importantes variations régionales (23), cette discordance. Mais on peut se poser la question du réel contrôle de l'asthme chez ces patients et de l'évaluation de ce niveau de contrôle par les médecins. Ces résultats concordent avec ceux d'autres études montrant une surestimation du contrôle de l'asthme de la part des médecins généralistes, notamment due à un manque d'utilisation d'outils de suivi validés (22).

La principale difficulté citée par les médecins était le manque de connaissances dans ce domaine. Certains rapportaient ne pas savoir quoi dire ou faire, ne pas connaître les objectifs de l'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique. Ils étaient

demandeurs de formations pour y remédier. Une augmentation des offres de formation à la fois par les organismes de FMC (formation médicale continue) mais aussi par les structures pratiquant l'éducation thérapeutique semblerait intéressante pour pallier à ces difficultés.

Plus généralement, c'était le manque de formation à l'ETP dans le cursus universitaire et au sein de la FMC qui était une source de difficulté. Cette problématique est régulièrement pointée dans les études, que ce soit pour l'asthme, mais aussi pour les autres pathologies chroniques tel que la BPCO (24)(25)(26), le diabète (27)...

Il paraît en effet difficile de réaliser l'ETP en médecine générale telle qu'elle est définie par l'HAS (28). Du fait des compétences spécifiques qu'elle nécessite et le temps de formation nécessaire (29). Une solution à cette problématique pourrait être de redéfinir les modalités de la pratique de l'ETP individuelle en ambulatoire (27)(30). Cela pourrait conduire à un programme de FMC sur le thème de l'éducation thérapeutique plus abordable pour le médecin généraliste installé. Pour le cursus universitaire, les dernières réformes ont intégré quelques approches de l'ETP dans l'enseignement.

Au-delà de cette carence de pratique de l'ETP par les médecins généralistes, ce sont les offres de proximité qui faisaient défaut. La distance des structures éducatives, souvent rattachées aux hôpitaux des grandes agglomérations, ne permettait pas d'y adresser les patients des zones rurales ou semi-rurales. Ces structures étaient d'ailleurs peu connues et peu utilisées par les médecins. L'une des réponses proposée était la mise en place d'antennes de proximité afin de créer un véritable maillage sur le territoire. Cela sous-entend d'avoir plus de ressources humaines et financières pour permettre la réalisation d'un tel projet (31).

Le manque de temps et de reconnaissance financière, largement cité dans plusieurs études, était également un frein à cette pratique.

Une autre idée soulevée par quelques-uns des médecins était la délégation aux infirmières ASALEE (action de santé libérale en équipe). Le déploiement du dispositif ASALEE, en plein essor, donne des résultats encourageants dans d'autres domaines tels que le diabète ou la BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive) (32).

Néanmoins, il n'existe actuellement pas de protocole pour la prise en charge de l'asthme et notamment chez l'enfant.

Un petit nombre de médecins interrogés ont évoqué le service Sophia Asthme qui a débuté en début d'année 2018. Un service intéressant mais qui n'est pas ouvert aux enfants et qui reste limité aux patients rattachés au régime générale de l'assurance maladie (33).

Quelques médecins souhaitaient avoir à leur disposition des brochures ou plaquettes pour leurs patients. Ceci ne semblait pas être une solution pérenne pour améliorer la prise en charge éducative car beaucoup de praticiens avouaient les utiliser pendant quelques semaines puis les ranger pour finir par les jeter.

Des études ont montré qu'internet est devenu l'outil principal utilisé en routine par les médecins généralistes (34). Il n'est donc pas étonnant que certains médecins de cette étude aient répondu l'utiliser. Mais ils ont également avoué ne pas savoir où chercher l'information dont ils avaient besoin, perdus dans les multiples sites destinés au grand public, ou ceux des sociétés savantes, des agences gouvernementales... (35)(36). Il pourrait être intéressant de créer un site dédié au médecins généralistes et regroupant les modalités de la prise en charge de l'asthme (diagnostic, suivi, thérapeutiques, éducation...). Plusieurs sites existent, comme « asthme et allergies » (37) ou « Asthmacliv » (38) mais paraissent peu adaptés à la pratique du généraliste en consultation.

Il serait intéressant de poursuivre cette étude par la création d'un tel site et d'évaluer son impact sur la prise en charge thérapeutique et éducative de l'enfant asthmatique en Médecine Générale. Un tel travail a déjà été réalisé pour plusieurs domaines comme le suivi de grossesse (39)(40), les pathologies dermatologiques (41) et ophtalmologiques les plus fréquemment rencontrées en médecine générale ou encore la prise en charge diagnostique d'un nodule thyroïdien en soins primaires (42)(43)... L'impact de ces outils n'est pas encore bien évalué mais les premiers résultats sont encourageants (44).

5. Conclusion

Cette étude a permis de faire un état des lieux des pratiques et de mieux comprendre les difficultés éprouvées par les médecins généralistes en matière d'éducation thérapeutique dans l'asthme de l'enfant. Leur manque de connaissances était la principale cause citée. La distance des structures éducatives et les défauts d'informations sur celles-ci étaient également un frein dans leur pratique. De plus, leur ressenti et celui des patients, estimant la maladie comme contrôlée, ne les incitaient pas à renforcer leur position éducative.

Elle a aussi objectivé leur demande de formation dans ce domaine et leur souhait d'enrichir les outils disponibles pour mieux appréhender l'ETP de l'enfant asthmatique et de sa famille. Le développement des offres de proximité semblait nécessaire pour les aider dans leur démarche.

L'accroissement des formations à l'éducation thérapeutique semble donc être un enjeu majeur dans la prise en charge de l'enfant asthmatique. La mise à disposition d'un site dédié à la prise en charge de l'asthme, utilisable en consultation, pourrait aussi faciliter la démarche éducative du médecin généraliste.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Global Initiative for Asthma. GINA Report: Global Strategy for Asthma Management and Prevention [Internet]. 2018 [cité 6 mai 2018]. Disponible sur: <http://ginasthma.org/2018-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>
2. Organisation mondiale de la Santé. Asthme [Internet]. [cité 22 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/fr/>
3. Delmas M-C, Guignon N, Leynaert B, Moisy M, Marguet C, Fuhrman C. Augmentation de la prévalence de l'asthme chez le jeune enfant en France. *Rev Mal Respir.* 2017;34(5):525-34.
4. Delmas M-C, Guignon N, Leynaert B, Annesi-Maesano I, Com-Ruelle L, Chardon O, et al. Évolution de la prévalence de l'asthme chez l'enfant en France : enquêtes nationales de santé en milieu scolaire 2003-2008. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire.* 2014;(20):360-5.
5. Delmas M-C, Guignon N, Leynaert B, Com-Ruelle L, Annesi-Maesano I, Herbet J-B, et al. Prévalence de l'asthme chez l'enfant en France. *Arch Pediatr.* 2009;16(9):1261-9.
6. DRESS, Santé publique France. L'état de santé de la population en France, Rapport 2017, Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 9 avr 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/spip.php?page=recherche&recherche=asthme>
7. Institut de veille sanitaire, Santé publique France. Surveillance épidémiologique de l'asthme en France [Internet]. [cité 18 oct 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Asthme/Surveillance-epidemiologique-de-l-asthme-en-France>
8. Guittet L. Évolution de la prise en charge de l'asthme du nourrisson et de l'enfant par les médecins généralistes de la Vienne entre 2004 et 2014 [Thèse d'exercice]. [Poitiers, France]: Université de Poitiers; 2015.
9. Blanc F-X, Postel-Vinay N, Boucot I, De Blic J, Scheinmann P. Étude AIRE : analyse des données recueillies chez 753 enfants asthmatiques en Europe. *Rev Mal Respir.* 2002;19(5-C1):585-92.
10. De Blic J, Boucot I, Pribil C, Huas D, Godard P. Niveau de contrôle de l'asthme chez l'enfant en médecine générale en France: résultats de l'étude ER'ASTHME. *Arch Pediatr.* 2007;14(9):1069-75.
11. Delmas M-C, Marguet C, Raherison C, Nicolau J, Fuhrman C. Les hospitalisations pour asthme chez l'enfant en France, 2002–2010. *Arch Pediatr.* 2013;20(7):739-47.
12. Halimi L, Bourdin A, Ait-El Mahjoub B, Godard P. Éducation thérapeutique du patient asthmatique. *Presse Med.* 2009;38(12):1788-96.
13. Lesourd B, Juchet A, Broué-Chabbert A, Colineaux H. À l'École de l'Asthme... Bilan et évaluation d'une éducation thérapeutique. *Rev Fr Allergol.* 2014;54(6):438-50.
14. Flapper BC, Duiverman EJ, Gerritsen J, Postema K, van der Schans CP. Happiness to be gained in paediatric asthma care. *Eur Respir J.* 2008;32(6):1555-62.
15. Beydon N, Robbe M, Lebras M-N, Marchand V, Périès M-A, Alberti C, et al. Qualité de vie, contrôle de l'asthme, cotinurie et éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique. *Santé Publique.* 2012;24(2):105.

16. Carvalho Coelho AC, Barretto Cardoso LS, de Souza-Machado C, Souza-Machado A. The Impacts of Educational Asthma Interventions in Schools: A Systematic Review of the Literature. *Can Respir J*. 2016;2016:8476206.
17. Broquet Ducret C, Verga M-E, Stoky-Hess A, Verga J, Gehri M. Impact d'une école de l'asthme sur la consommation en soins et la qualité de vie des enfants âgés de 4 à 12ans et de leurs parents. *Arch Pediatr*. 2013;20(11):1201-5.
18. Haute Autorité de Santé, ANAES. Recommandations pour la pratique clinique. Éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique [Internet]. 2002 [cité 1 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/education_asthmatique_enfant_-_version_finale_du_22_10_02_recommandations.pdf
19. Ané S, Phillips J, Bourgeois O, Didier A. Répertoire des outils éducatifs pour améliorer l'observance thérapeutique et le contrôle de l'asthme de l'enfant. *Rev Fr Allergol*. 2017;57(2):77-82.
20. François H. Évaluation des pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de l'asthme de l'enfant âgé de 3 à 18 ans: étude observationnelle d'évaluation des pratiques professionnelle à propos de 123 médecins généralistes de la région Bourgogne- Franche-Comté [Thèse d'exercice]. [Dijon, France]: Université de Bourgogne; 2016.
21. Naggea N. L'éducation thérapeutique des enfants asthmatiques en médecine générale: analyse des pratiques en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France]: Université Paul Sabatier; 2014.
22. Thibault A. Difficultés des médecins généralistes dans la prescription du traitement de fond dans l'asthme de l'enfant: enquête qualitative [Thèse d'exercice]. [Tours, France]: Université François-Rabelais; 2013.
23. Delmas M-C, Guignon N, Leynaert B, Annesi-Maesano I, Com-Ruelle L, Gonzalez L, et al. Prévalence et contrôle de l'asthme chez le jeune enfant en France. *Rev Mal Respir*. 2012;29(5):688-96.
24. Godenir B. L'éducation thérapeutique du patient atteint de broncho-pneumopathie chronique obstructive dans le bassin chambérien: évaluation des pratiques en médecine générale et propositions pour l'avenir. [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fournier; 2011.
25. Dognin-Thomas S. L'éducation thérapeutique du patient atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive par les soins primaires : Évaluation des leviers et des freins à la mise en œuvre d'un programme au sein de maisons et pôles de santé pluriprofessionnels en Lorraine [Thèse d'exercice]. [Nancy, France]: Université de Lorraine; 2014.
26. Raby Reynaud A. Education thérapeutique du patient BPCO en médecine générale : enquête auprès d'un groupe de médecins généralistes du Limousin [Thèse d'exercice]. [Limoges, France]: Université de Limoges; 2014.
27. Payet B, Albouy-Llaty M, Marechaud R, Piguel X. Obstacles et solutions à la réalisation de l'éducation thérapeutique en médecine générale dans le cadre du diabète de type 2, du point de vue du médecin généraliste. *Diabetes Metab*. 2017;43(2, Supplement):A62.
28. Haute Autorité de Santé. Recommandations. Education thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser ? [Internet]. 2007 [cité 18 oct 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf
29. Bourdillon F, Collin J-F. Une politique pour l'éducation thérapeutique du patient. *Presse Med*. 2009;38(12):1770-3.

30. Chapron A, Fiquet L, Allory E, Brinchault G, Hugé S, Pommier J. Quels sont les facteurs prioritaires à mettre en œuvre pour développer une démarche éducative en médecine générale ? Santé Publique. 2017;29(1):21-9.
31. Haute Autorité de Santé. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques : Analyse économique et organisationnelle [Internet]. 2008 [cité 7 oct 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_dorientation_analyse_economique_et_organisationnelle.pdf
32. Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. Questions d'économie de la santé (IRDES). 2018;(232):1-8.
33. Cnam. Service sophia pour les personnes asthmatiques [Internet]. [cité 21 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/service-sophia-pour-les-personnes-asthmatiques>
34. Aubry Octruc E. L'accès à l'information du médecin généraliste en consultation. Enquête auprès des médecins généralistes d'Ile de France : leurs besoins, leurs stratégies de recherche, les sources sollicitées [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Pierre et Marie Curie; 2008.
35. IRDES, Safon M-O. Sources d'information et méthodologie de recherche documentaire en santé [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/documentation/documents/sources-d-information-et-methodologie-de-recherche-documentaire.pdf>
36. Perrin SC. Quels sites internet utilisent les médecins généralistes en consultation ? Enquête de pratique auprès de 100 médecins généralistes libéraux installés en Gironde [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux; 2016.
37. association Asthme & Allergies. Asthme & allergies & urticaire [Internet]. [cité 7 avr 2018]. Disponible sur: <https://asthme-allergies.org/>
38. AstraZeneca France. Asthmacllic [Internet]. [cité 21 oct 2018]. Disponible sur: <http://asthmacllic.fr/>
39. Bercherie J-C. Gestacllic: mise au point d'un outil internet d'aide au suivi des grossesses à faible risque en soins primaires [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Paris Diderot; 2014.
40. Ben Hamouda A. Gestacllic: création et évaluation d'un site Internet d'aide au suivi de grossesse en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Paris Diderot; 2014.
41. Bernard J, Darmon D. Dermatoclic [Internet]. [cité 21 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.dermatoclic.com>
42. Nossintchouk T, Baruch D. THYROCLIC : Outil professionnel d'aide à la prise en charge diagnostique du nodule thyroïdien. [Internet]. [cité 21 oct 2018]. Disponible sur: <http://aporose.fr/thyrocllic/index.html>
43. Bammert T. Kitmedical [Internet]. [cité 21 oct 2018]. Disponible sur: <http://kitmedical.fr/>
44. Deglas C. Évaluation d'un outil d'aide au suivi de grossesse à bas risque en médecine générale: GESTACLIC [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Paris Diderot; 2018.

7. ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire quantitatif de caractérisation de l'échantillon

Pour commencer, nous allons parler un peu de vous :

1. Vous êtes :

un homme une femme

2. Quel âge avez-vous ?

3. Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

4. Votre lieu d'exercice :

urbain semi-rural rural

5. Vous exercez :

Seul en cabinet de groupe en MSP

6. Quel pourcentage représente votre patientèle pédiatrique ?

7. Avez-vous une formation à l'éducation thérapeutique ? si oui de quel type ?

8. Faites-vous parti d'un réseau ou d'une structure d'éducation thérapeutique ? si oui lequel ?

9. Êtes-vous MSU ?

Annexe 2 : Guide d'entretien

1. Maintenant parlez-moi d'un enfant asthmatique que vous suivez, comment va-t-il ? Comment pensez-vous que lui et ses parents gèrent la maladie et les traitements ?

Qu'est-ce qu'ils connaissent de la maladie et de traitements ?

Est-ce qu'ils maîtrisent les systèmes d'inhalations ?

Est-ce qu'ils sont capables de reconnaître les symptômes et de gérer une crise d'asthme ?

2. Que représente pour vous l'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique ? Pourriez-vous me décrire ce que vous faites en pratique ?

Que dites-vous à l'enfant et sa famille ? Que leur montrez-vous ?

3. Quels outils connaissez-vous pour vous aider dans cette éducation thérapeutique ? Lesquels utilisez-vous ?

Utilisez-vous des brochures ? des livres ? un carnet de suivi ? des questionnaires ?

4. Connaissez-vous des réseaux d'éducation thérapeutique ? Y adressez-vous vos patients ?

Si je vous parle de l'école de l'asthme ?

5. Quels sont les difficultés et les obstacles que vous rencontrez dans votre démarche d'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique ?

Diriez-vous que c'est un problème de temps ou ressentez-vous d'autres freins à la pratique de l'éducation thérapeutique en médecine générale ?

6. Pour vous, quels seraient vos besoins en tant que médecins généralistes pour améliorer votre pratique dans l'éducation thérapeutique ?

Comment pourrait-on vous aider à vous familiariser et/ou vous perfectionner à cette éducation ?

Quels outils vous sembleraient pertinents ?

Ressentez-vous un besoin de formation dans ce domaine ? de mise à disposition d'outils ?

Annexe 3 : Guide d'entretien modifié 1

1. Maintenant parlez-moi d'un enfant asthmatique que vous suivez, comment va-t-il ? Comment pensez-vous que lui et ses parents gèrent la maladie et les traitements ?

Qu'est-ce qu'ils connaissent de la maladie et des traitements ?

Que pensez-vous de leurs maitrisent des systèmes d'inhalations ?

Que pensez-vous de leurs capacités à reconnaître les symptômes et de gérer une crise d'asthme ?

2. Si je vous dis : éducation thérapeutique dans l'asthme de l'enfant, qu'est-ce que cela vous évoque ?

3. Pourriez-vous me décrire ce que vous faites en pratique ?

Que dites-vous à l'enfant et sa famille ? Que leur montrez-vous ?

4. Quels outils connaissez-vous pour vous aider dans cette éducation thérapeutique ? Lesquels utilisez-vous ?

Utilisez-vous des supports ? (Brochures ? des livres ? un carnet de suivi ? des questionnaires ?)

5. Que savez-vous des réseaux d'éducation thérapeutique ? Comment les utilisez-vous ?

Si je vous parle de l'école de l'asthme ?

6. Quels sont les difficultés et les obstacles que vous rencontrez dans votre démarche d'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique ?

Diriez-vous que c'est un problème de temps ou ressentez-vous d'autres freins à la pratique de l'éducation thérapeutique en médecine générale ?

7. Pour vous, quels seraient vos besoins en tant que médecins généralistes pour améliorer votre pratique dans l'éducation thérapeutique ?

Comment pourrait-on vous aider à vous familiariser et/ou vous perfectionner à cette éducation ?

Quels outils vous sembleraient pertinents ?

Ressentez-vous un besoin de formation dans ce domaine ? de mise à disposition d'outils ?

Annexe 4 : Guide d'entretien modifié 2

1. Maintenant parlez-moi d'un enfant asthmatique que vous suivez, comment va-t-il ? Comment pensez-vous que lui et ses parents gèrent la maladie et les traitements ?

Qu'est-ce qu'ils connaissent de la maladie et des traitements ?

Que pensez-vous de leurs maitrisent des systèmes d'inhalations ?

Que pensez-vous de leurs capacités à reconnaître les symptômes et de gérer une crise d'asthme ?

2. Pourriez-vous me décrire ce que vous faites en pratique ?

Que dites-vous à l'enfant et sa famille ? Que leur montrez-vous ?

3. Si je vous dis : éducation thérapeutique dans l'asthme de l'enfant, qu'est-ce que cela vous évoque ?

4. Quels outils connaissez-vous pour vous aider dans cette éducation thérapeutique ? Lesquels utilisez-vous ?

Utilisez-vous des supports ? (Brochures ? des livres ? un carnet de suivi ? des questionnaires ?)

5. Que savez-vous des réseaux d'éducation thérapeutique ? Comment les utilisez-vous ?
Si je vous parle de l'école de l'asthme ?

6. Quels sont les difficultés et les obstacles que vous rencontrez dans votre démarche d'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique ?

Diriez-vous que c'est un problème de temps ou ressentez-vous d'autres freins à la pratique de l'éducation thérapeutique en médecine générale ?

7. Pour vous, quels seraient vos besoins en tant que médecins généralistes pour améliorer votre pratique dans l'éducation thérapeutique ?

Comment pourrait-on vous aider à vous familiariser et/ou vous perfectionner à cette éducation ?

Quels outils vous sembleraient pertinents ?

Ressentez-vous un besoin de formation dans ce domaine ? de mise à disposition d'outils ?

Annexe 5 : Caractéristiques de l'échantillon

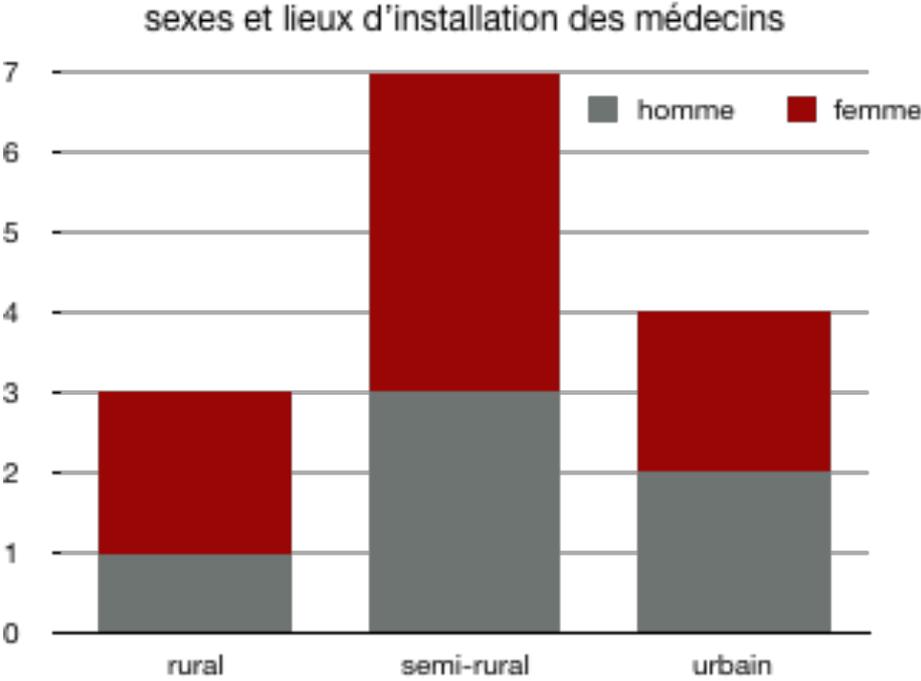


Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

caractéristique de l'échantillon

entretien	date	sexe	âge (années)	nombre d'années d'installation	lieu d'exercice	type d'exercice	pourcentage de patientèle pédiatrique	formation à l'éducation thérapeutique	participation à réseau d'éducation thérapeutique	MSU	durée de l'entretien (minutes)
1	13/7/18	F	43	15	semi-rural	groupe	20	non	non	non	28,32
2	13/7/18	M	33	1	semi-rural	groupe	5	non	non	non	27,40
3	13/7/18	M	34	3	semi-rural	groupe	10	non	non	non	20,10
4	17/7/18	M	57	27	rural	seul	5	non	non	non	16,39
5	19/7/18	F	54	4	semi-rural	M/SP	30	non	non	oui	32,34
6	20/7/18	F	37	7	rural	groupe	15	non	non	non	20,36
7	24/7/18	F	52	21	rural	groupe	30	non	non	non	23,23
8	9/8/18	F	45	13	semi-rural	groupe	35	non	non	non	20,08
9	9/8/18	F	42	10	semi-rural	groupe	50	non	non	non	19,39
10	4/9/18	M	55	21	urbain	groupe	30	non	non	non	25,10
11	8/9/18	F	36	7	urbain	groupe	25	non	non	oui	13,37
12	10/9/18	M	50	10	urbain	groupe	50	non	non	oui	16,01
13	10/9/18	F	48	10	urbain	groupe	35	non	non	non	15,48
14	12/9/18	M	48	2	semi-rural	groupe	25	non	non	oui	13,56

RESUME ET MOTS CLES

INTRODUCTION : Le contrôle de l'asthme chez l'enfant n'est pas optimal en France. L'éducation thérapeutique, un des élément clé pour obtenir ce contrôle, est insuffisamment pratiquée par les médecins généralistes. L'objectif de cette étude est d'explorer les difficultés ressenties par les médecins généralistes dans ce domaine afin de proposer des outils et mesures applicables en consultation pour améliorer leur démarche éducative.

METHODE : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des médecins généralistes installés en Indre et Loire. L'étude portait sur les enfants âgés de 3 à 14 ans. 14 médecins ont été interviewés.

RESULTATS : Le principal frein cité par les médecins était le temps. Ils déclaraient manquer de connaissances en matière d'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique et regrettaient une offre de formation trop pauvre dans ce domaine. Leur ressenti, et celui des patients, estimant la maladie comme contrôlée, ne les incitaient pas à renforcer leur démarche éducative. La distance et la méconnaissance des structures d'éducation thérapeutique étaient aussi une difficulté rapportée. Ils étaient demandeurs d'une augmentation des offres de proximité et d'un meilleur échange avec celle-ci. Le développement de formations et d'outils utilisables en consultation étaient souhaités.

CONCLUSION : Les difficultés ressenties par les médecins sont multiples et le défaut de connaissances en est une source majeure. L'accroissement des formations à l'éducation thérapeutique est donc un enjeu dans la prise en charge de l'enfant asthmatique. La création d'un site internet dédié à cette prise en charge, utilisable en consultation, pourrait faciliter la démarche éducative du médecin généraliste.

Mots clés : asthme, enfants, médecine générale, éducation thérapeutique, outils éducatifs

ABSTRACT

INTRODUCTION: The control of children's asthma is not optimal in France. The therapeutic education, one of the key element to obtain this control is insufficiently practiced by primary care physicians. The purpose of this study is to explore difficulties experienced by general practitioners in this discipline in order to propose tools and disposable measures in consultation to improve their education approach.

METHOD: Qualitative study by half-led interviews with general practitioners practicing in Indre et Loire. The study focused on children from three to fourteen years old. Fourteen doctors were interviewed.

RESULTS: the main obstacle quoted by primary care physicians was the lack of time. They stated a lack of knowledge about therapeutic education of the asthmatic child and regretted a very poor training offer in this area. Their feelings, as well as the patients' one, considering the disease as controlled, did not encourage them to reinforce their educational approach. Distance and ignorance of therapeutic education structures were also a difficulty which was quoted. They were seeking for an increase in local offers and a better exchange with it. The development of training and tools for consultation was also wished.

CONCLUSION: Difficulties experienced by doctors are multiple and the lack of knowledge is a major issue. Increasing trainings in therapeutic education is therefore become a stake for taking care of asthmatic child. The creation of a website dedicated to this care, usable during a consultation, could ease the educational approach for the general practitioner.

Keys-words: Asthma, Children, general practitioner, therapeutic education, educational tools.



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME

INTRODUCTION : Le contrôle de l'asthme chez l'enfant n'est pas optimal en France. L'éducation thérapeutique, un des éléments clés pour obtenir ce contrôle, est insuffisamment pratiquée par les médecins généralistes. L'objectif de cette étude est d'explorer les difficultés ressenties par les médecins généralistes dans ce domaine afin de proposer des outils et mesures applicables en consultation pour améliorer leur démarche éducative. **METHODE :** Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des médecins généralistes installés en Indre et Loire. L'étude portait sur les enfants âgés de 3 à 14 ans. 14 médecins ont été interviewés. **RESULTATS :** Le principal frein cité par les médecins était le temps. Ils déclaraient manquer de connaissances en matière d'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique et regrettaient une offre de formation trop pauvre dans ce domaine. Leur ressenti, et celui des patients, estimant la maladie comme contrôlée, ne les incitait pas à renforcer leur démarche éducative. La distance et la méconnaissance des structures d'éducation thérapeutique étaient aussi une difficulté rapportée. Ils étaient demandeurs d'une augmentation des offres de proximité et d'un meilleur échange avec celle-ci. Le développement de formations et d'outils utilisables en consultation étaient souhaités. **CONCLUSION :** Les difficultés ressenties par les médecins sont multiples et le défaut de connaissances en est une source majeure. L'accroissement des formations à l'éducation thérapeutique est donc un enjeu dans la prise en charge de l'enfant asthmatique. La création d'un site internet dédié à cette prise en charge, utilisable en consultation, pourrait faciliter la démarche éducative du médecin généraliste.

Difficulties in the practice of therapeutic education in asthma's children in general practice: qualitative study with a group of general practitioners of the Indre et Loire.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The control of children's asthma is not optimal in France. The therapeutic education, one of the key elements to obtain this control is insufficiently practiced by primary care physicians. The purpose of this study is to explore difficulties experienced by general practitioners in this discipline in order to propose tools and disposable measures in consultation to improve their education approach. **METHOD:** Qualitative study by half-led interviews with general practitioners practicing in Indre et Loire. The study focused on children from three to fourteen years old. Fourteen doctors were interviewed. **RESULTS:** the main obstacle quoted by primary care physicians was the lack of time. They stated a lack of knowledge about therapeutic education of the asthmatic child and regretted a very poor training offer in this area. Their feelings, as well as the patients' one, considering the disease as controlled, did not encourage them to reinforce their educational approach. Distance and ignorance of therapeutic education structures were also a difficulty which was quoted. They were seeking for an increase in local offers and a better exchange with it. The development of training and tools for consultation was also wished. **CONCLUSION:** Difficulties experienced by doctors are multiple and the lack of knowledge is a major issue. Increasing trainings in therapeutic education is therefore become a stake for taking care of asthmatic child. The creation of a website dedicated to this care, usable during a consultation, could ease the educational approach for the general practitioner.

MEDECINE - Médecine Générale

Mots-clés : asthme, enfants, médecine générale, éducation thérapeutique, outils éducatifs

UNIVERSITE DE POITIERS - Faculté de Médecine et de Pharmacie, 6 rue de la Milétrie, 86073 POITIERS CEDEX 9, France
