

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

Année 2014

thèse n°

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

présentée et soutenue publiquement
le 17 novembre 2014 à POITIERS
par **Monsieur Florian MODRIN**

Opinion des médecins généralistes sur les programmes
d'éducation thérapeutique hospitaliers. L'exemple du
programme I-CARE du CHU de Bordeaux.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Daniel Herpin

Membres : Monsieur le professeur Marc Paccalin
Monsieur le Professeur Olivier Pourrat
Monsieur le Docteur Benoit Lequeux

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Philippe Gosse



LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (surnombre)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (surnombre)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (de septembre à décembre)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (surnombre)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, oncologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Daniel HERPIN,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de jury de cette thèse. Veuillez accepter le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Marc PACCALIN,

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

A Monsieur le Professeur Olivier POURRAT,

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.

A Monsieur le Docteur Benoit LEQUEUX,

Votre présence au sein de mon jury me fait honneur. Veuillez accepter mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Philippe GOSSE,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse. Merci de m'avoir soutenu et de m'avoir guidé tout au long de ce travail.

A Monsieur le Docteur Paul COULON,

Je vous remercie pour vos conseils et votre aide dans la réalisation de ce travail. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A l'équipe d'I-CARE,

Merci de m'avoir accueilli et aidé dans mon travail. Recevez mes sincères remerciements.

Aux médecins ayant participé à cette étude,

Merci pour votre accueil et le temps que vous m'avez accordé.

Aux Docteurs DUPUIS Dany, CERTIN Agnès et RUCHETON

Françoise

Je vous remercie pour votre dévouement auprès de vos patients et vos internes. Vous m'avez fait découvrir et aimer la médecine générale. J'espère être digne de vos enseignements.

A Caroline, mon amour,

Tu m'as soutenu durant tous ces mois de travail. Tu as supporté mes humeurs.

J'espère pouvoir te rendre dans les années à venir tout l'amour que tu me donnes chaque jour.

A Angélique, ma fille adorée,

Pour l'amour et le bonheur que tu m'apportes chaque jour.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	1
TABLE DES MATIERES	3
INTRODUCTION	7
CONTEXTE.....	8
1. L'insuffisance cardiaque : un problème de santé publique	8
1.1. Définition.....	8
1.2. Epidémiologie.....	8
1.3. Coût et dépenses.....	9
1.4. Pronostic.....	9
2. L'éducation thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque	10
2.1. Origine de l'éducation thérapeutique.....	10
2.2. Définition et développement de l'ETP	11
2.3. Efficacité de l'éducation thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque	12
3. Le programme I-CARE.....	13
3.1. Description du programme	13
3.2. Le programme I-CARE du CHU de Bordeaux	14
4. L'éducation thérapeutique en médecine générale	15
4.1. Son importance	15
4.2. Son développement	15
5. Problématique.....	17
MATERIEL ET METHODE.....	18
1. Objectifs de la recherche.....	18
2. Méthode.....	18
2.1. Choix de la méthode.....	18
2.2. Constitution de l'échantillon	19
2.3. Réalisation du guide d'entretien	20
2.4. Déroulement des entretiens	20
2.5. Analyse des données.....	21
RESULTATS.....	22
1. Réponses des médecins à l'appel téléphonique	22
2. Caractéristiques de l'échantillon.....	23

2.1.	Tableau des caractéristiques de l'échantillon	23
2.2.	Résultats des données quantitatives.....	24
3.	Le programme I-CARE vu par les médecins généralistes	24
3.1.	Opinion sur le programme	24
3.1.1.	L'opinion personnelle des médecins.....	24
3.1.2.	L'opinion des patients auprès des médecins	25
3.2.	Les effets sur le patient	25
3.2.1.	L'acceptation	25
3.2.2.	L'information	25
3.2.3.	Le respect des règles hygiéno-diététiques.....	26
3.2.4.	Observance thérapeutique.....	26
3.2.5.	L'autogestion et l'auto-surveillance	26
3.2.6.	Éléments négatifs	27
3.3.	L'impact sur la pratique du médecin généraliste.....	27
3.3.1.	Impact positif.....	27
3.3.2.	Impact négatif	28
3.4.	La communication	28
3.4.1.	La faible connaissance du programme.....	28
3.4.2.	Le courrier	29
3.4.3.	La communication à travers le patient.....	29
4.	La complémentarité entre généralistes et programmes hospitaliers.....	30
4.1.	Le médecin généraliste.....	30
4.1.1.	Ses rôles.....	30
4.1.1.1.	Le rôle de médecin traitant.....	30
4.1.1.2.	Le médecin prescripteur d'ETP.....	30
4.1.1.3.	Le rôle de médecin éducateur.....	31
4.1.2.	Les difficultés.....	32
4.1.2.1.	Le manque de temps.....	32
4.1.2.2.	Le manque de compétences	33
4.1.2.3.	La relation médecin-patient	33
4.1.2.4.	L'isolement	33
4.1.2.5.	Le patient.....	34
4.1.3.	Les doutes sur l'efficacité de l'éducation thérapeutique.....	34

4.2.	Le programme hospitalier	35
4.2.1.	Les points forts	35
4.2.1.1.	Le temps	35
4.2.1.2.	Les compétences	35
4.2.1.3.	L'image de l'hôpital	36
4.2.1.4.	La pluridisciplinarité	36
4.2.1.5.	L'organisation	36
4.2.2.	Les difficultés	37
4.2.3.	Les attentes des généralistes	37
5.	La coopération entre généralistes et programmes hospitaliers	38
5.1.	Ressenti des médecins généralistes vis-à-vis des structures hospitalières.....	38
5.2.	Le renforcement positif.....	39
5.3.	Le courrier	40
5.4.	Le téléphone.....	40
5.5.	Le patient.....	40
5.6.	Les autres voies de communication	41
5.6.1.	Le support de présentation	41
5.6.2.	Les réunions d'information	41
5.6.3.	Un retour de la part des médecins généralistes	42
6.	Tableau des principaux résultats.....	43
DISCUSSION		44
1.	Atouts et limites de l'étude.....	44
1.1.	Atouts de l'étude	44
1.2.	Limites de l'étude	44
1.2.1.	Biais de sélection	44
1.2.2.	Biais de recueil.....	45
1.2.2.1.	Liés à l'enquêteur	45
1.2.2.2.	Liés à l'enregistrement.....	45
1.2.2.3.	Liés aux conditions d'entretien	46
1.2.3.	Biais d'analyse	46
2.	Discussion des résultats	46
2.1.	Échantillon.....	46
2.1.1.	Taux de participation.....	46

2.1.2.	Données démographiques	47
2.2.	Discussion des résultats de l'analyse qualitative	48
2.2.1.	Impact du programme I-CARE	48
2.2.1.1.	Effets sur les patients	48
2.2.1.2.	Effet sur la pratique des médecins.....	50
2.2.2.	Coordination et communication entre ville et hôpital.....	51
2.2.3.	L'ETP en médecine générale	52
2.2.3.1.	Le rôle du médecin généraliste	52
2.2.3.2.	Connaissance de l'ETP	54
2.2.3.3.	Freins à la pratique de l'ETP en médecine générale	56
2.2.3.3.1.	Doute sur l'efficacité, temps, formation et rémunération	56
2.2.3.3.2.	Relation médecin-patient.....	57
3.	Mise en pratique des résultats.....	59
3.1.	Renforcer le rôle du médecin traitant.....	59
3.2.	Améliorer la communication entre le patient et son médecin	59
3.3.	Communiquer sur le programme, faciliter les échanges et promouvoir l'ETP	60
3.4.	Améliorer la transmission d'information par le courrier	62
3.4.1.	Envoi du courrier	62
3.4.2.	Reconnaissance du courrier	62
3.4.3.	Contenu du courrier	63
3.5.	Au delà d'I-CARE : faciliter l'accès aux programmes d'ETP	64
CONCLUSION		66
BIBLIOGRAPHIE.....		67
ABREVIATIONS.....		74
ANNEXES.....		75
ANNEXE 1 :	Présentation de la thèse par téléphone.....	75
ANNEXE 2 :	guide d'entretien thématique première version	76
ANNEXE 3 :	Guide d'entretien thématique 2ème version	77
ANNEXE 4 :	fiche signalétique du médecin	78
ANNEXE 5 :	« plaquette » de présentation du programme	79
ANNEXE 6 :	modèle de courrier type	80
RESUME		81
SERMENT		82

INTRODUCTION

Le patient, plus informé, plus autonome, devient acteur de sa maladie. Le médecin, moins autoritaire, intégrant à sa réflexion des facteurs psycho-sociaux, doit adapter les normes scientifiques à chaque individu tout en accompagnant son patient vers des comportements bénéfiques pour sa santé.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un outil qui répond efficacement à ce nouvel équilibre en permettant une transmission de compétences et de responsabilité des professionnels de santé aux patients. Elle a démontré son efficacité pour la santé individuelle et pour le système de santé notamment dans le domaine de l'insuffisance cardiaque, maladie chronique dont la prévalence et le coût en font un véritable enjeu de santé publique.

Le médecin généraliste, par ses compétences et sa place dans le système de soin, se voit attribué un rôle primordial dans l'ETP. Pourtant, elle s'est majoritairement développée au sein de programmes hospitaliers tels que le programme I-CARE d'éducation thérapeutique à l'insuffisance cardiaque du CHU de Bordeaux.

Quelle est l'opinion des médecins généralistes sur ce programme ? Qu'en attendent-ils ? Comment ce programme impacte-t-il leur pratique et leur vision de l'ETP ? Peut-on en tirer des voies d'amélioration ?

Afin de répondre à ces questions, nous avons réalisé une étude qualitative par des entretiens semi-dirigés auprès de 18 médecins traitants de patients ayant bénéficié du programme I-CARE.

CONTEXTE

1. L'insuffisance cardiaque : un problème de santé publique

1.1. Définition

L'insuffisance cardiaque est définie par l'incapacité du muscle cardiaque à assurer un débit systémique suffisant pour les besoins métaboliques et fonctionnels des différents organes.

L'European Society of Cardiology (ESC) définit l'insuffisance cardiaque par la présence de symptômes d'insuffisance cardiaque (au repos ou à l'effort) associés à une preuve (de préférence échocardiographique) de dysfonction cardiaque systolique et/ou diastolique (au repos) et, en cas de doute diagnostique, associés à une réponse favorable au traitement habituel de l'insuffisance cardiaque (1).

1.2. Epidémiologie

L'insuffisance cardiaque est une maladie chronique grave et fréquente.

En France, selon une enquête publiée dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire en 2014, la prévalence de l'insuffisance cardiaque est estimée à 2,3% (2). Ces chiffres correspondent aux dernières données françaises datant de 2002 (3) et américaines datant de 2006 (4).

La prévalence croît avec l'âge de la population étudiée. Elle est de 15,1% pour les personnes de 85 ans ou plus, selon l'enquête publiée en 2014 (2). L'âge moyen des patients souffrant d'insuffisance cardiaque est de 79 ans (3). Le vieillissement de la population actuelle dans les pays développés devrait provoquer une augmentation significative de cette pathologie (4).

L'insuffisance cardiaque s'associe dans 45% des cas à une autre pathologie chronique lourde (5).

1.3. Coût et dépenses

L'insuffisance cardiaque, par sa prévalence et sa gravité, est coûteuse pour notre système de santé. Elle est prise en charge dans le cadre des affections longues durées (ALD) par la sécurité sociale en France.

Dans une mise à jour statistique sur l'ALD « insuffisance cardiaque » faite par la HAS en 2014 (5), le montant des remboursements pour les patients en ALD est de 1,6 milliards d'euros en France en 2007. Elle représente 1% des dépenses médicales et 63 % de ces dépenses sont liées aux hospitalisations répétées.

Avec l'augmentation de la prévalence et l'amélioration du pronostic depuis les années 90, ces chiffres sont en augmentation (6).

L'American Heart Association prévoit un triplement des coûts de santé liés aux maladies cardio-vasculaires dont l'insuffisance cardiaque d'ici 2030 (7).

1.4. Pronostic

Malgré les progrès réalisés dans la prise en charge et les thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque, le taux de mortalité à 5 ans reste de 40% (8). Il s'agit d'une pathologie sévère avec un retentissement important sur la qualité de vie (2).

L'insuffisance cardiaque, par sa prévalence, son coût et son pronostic sombre, est un problème majeur de santé publique.

2.L'éducation thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque

2.1. Origine de l'éducation thérapeutique

Les progrès de la médecine, l'augmentation du niveau culturel et de l'espérance de vie sont à l'origine de bouleversements dans le domaine du soin :

- Ils ont favorisé l'émergence des maladies chroniques et du temps de vie « malade ». On ne « guérit pas de » mais on « vit avec » sa maladie.

- Ils ont entraîné le développement de la prévention et du traitement des facteurs de risque. Il est parfois difficile pour le patient d'accepter un traitement et ses effets secondaires alors qu'il n'a pas de symptôme.

- Ils ont fait de la santé une préoccupation majeure des individus.

- la médecine est devenue de plus en plus complexe et scientifique. Les recommandations d'experts guident la pratique quotidienne.

Dans le même temps, la société a évolué vers plus de reconnaissance de l'individu, et la médecine en a fait de même. Elle reconnaît aujourd'hui l'autonomie et la liberté du patient. En France, la loi du 4 mars 2002 a marqué cette avancée (9).

Alors comment répondre à la fois aux demandes de liberté et d'information du patient et aux aspirations des médecins d'appliquer un savoir scientifique complexe pouvant impacter tous les aspects de la vie quotidienne dans le respect de son patient ?

Le concept d'éducation thérapeutique du patient a été développé dans ce but. Elle permet le transfert de compétences du soignant vers le patient pour rechercher un nouvel équilibre thérapeutique par la négociation d'objectifs.

2.2. Définition et développement de l'ETP

L'OMS a donné une définition de l'éducation thérapeutique qui fait référence :

Elle « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que pour leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et à améliorer leur qualité de vie » (10).

Depuis les années 2000, de nombreuses recommandations en faveur du développement de l'ETP sont parues.

Les lois de 2004, relatives à l'assurance maladie et à la santé publique, insistent sur l'importance de la prévention et de la modification des comportements à risque pour les patients atteints de maladies chroniques (11, 12).

Les recommandations de la HAS en juin 2007 décrivent les finalités de l'ETP et son intégration à la stratégie thérapeutique pour les différentes maladies chroniques (13).

Depuis 2009, l'article 84 de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) inscrit l'éducation thérapeutique dans le code de santé publique. Elle stipule son intégration « dans le parcours de soins, dans un objectif d'autonomisation du patient en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant la qualité de vie » (14).

Sa réalisation comporte 4 étapes :

- Elaborer un diagnostic éducatif
- Définir un programme personnalisé avec des objectifs d'apprentissage
- Organiser les séances d'éducation
- Evaluer périodiquement les compétences acquises

2.3. Efficacité de l'éducation thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque

L'efficacité de l'ETP dans l'insuffisance cardiaque est un sujet bien documenté. Plusieurs études et méta-analyses concluent à une réduction des ré-hospitalisations et des coûts liés à cette pathologie (15,16).

En 2010, une étude réalisée au CHU de Besançon a montré une amélioration sur la qualité de vie 6 mois après la réalisation d'un programme d'ETP (score Minnesota brut avant 37,6624 vs 26618 après, $p < 0,0001$) (17).

L'analyse du registre de l'Observatoire De l'INSuffisance cardiaque (ODIN), incluant plus de 3000 patients, a démontré une diminution de la mortalité à un an, chez les sujets ayant bénéficié d'une éducation thérapeutique (18). Nous reviendrons sur ce registre lors de la description du programme I-CARE (Insuffisance cardiaque : éduCation théRapeutiqueE).

En 2007, la société française de cardiologie anime une commission visant à évaluer et optimiser les pratiques de l'ETP pour proposer des recommandations sur cette pratique (19). L'intégration de l'éducation thérapeutique en tant que traitement essentiel de l'insuffisance cardiaque est incluse par l'ESC dans ses recommandations de 2008 (20) et développée dans celles de 2012 (21).

L'éducation thérapeutique du patient dans l'insuffisance cardiaque fait partie intégrante des recommandations de la HAS de 2012 (22).

3. Le programme I-CARE

3.1. Description du programme

Le programme I-CARE est un programme regroupant plus de 200 centres hospitaliers, en France, Belgique et Luxembourg sous l'égide de la Société Française de Cardiologie et de la Fédération Française de Cardiologie (23) et avec le soutien institutionnel du Laboratoire Astra Zeneca. Il vise à soutenir le développement de l'éducation thérapeutique des patients insuffisants cardiaques, via la formation du personnel médical et paramédical et la mise à disposition d'outils pédagogiques standardisés. Des supports à l'éducation ont ainsi été créés, en particulier un questionnaire pour réaliser un diagnostic éducatif, des fiches d'informations destinées aux personnes malades, des affiches et des jeux de cartes sur les différents sujets à aborder avec les patients : connaissance de la maladie et des signes d'alerte, alimentation hyposodée, activité physique adaptée, traitements médicamenteux (24). Les ateliers sont répartis sur 2 journées d'éducation.

L'évaluation a été assurée par l'intermédiaire d'ODIN entre 2007 et 2010. L'analyse du registre ODIN, incluant plus de 3000 patients, dont 70% ont bénéficié d'un enseignement portant sur leur pathologie, démontre pour la première fois une diminution de la mortalité chez les sujets ayant bénéficié d'une éducation thérapeutique. Une différence significative ($p < 0,001$) est mise en évidence concernant le taux de survie à un et deux ans en faveur du groupe éduqué (90,5 vs 85,1 à un an, 81,0 vs 75,3 à deux ans). Une analyse multivariable entre les deux groupes démontre de plus que l'éducation influe davantage sur ce résultat que toute autre différence de traitement (18).

3.2. Le programme I-CARE du CHU de Bordeaux

Ce programme a été créé en 2007 par le Pr Philippe LE METAYER, alors responsable d'unité en cardiologie à l'hôpital Saint-André, par le Dr Pierre DUBIEZ, alors chef de clinique, et par l'équipe de l'hôpital de jour. Il s'est organisé en réponse au programme national avec l'utilisation des outils proposés dans ce cadre. Les données des 80 premiers patients ont été transmises pour le registre ODIN.

Fin 2007, le Dr COULON a pris en charge la coordination. Et le programme s'est poursuivi après 2011 sous la direction du Dr GOSSE, actuel responsable de l'unité.

Depuis 2011, le programme s'est professionnalisé et structuré avec la formation approfondie des éducateurs. Le programme a été entièrement revu et de nouveaux outils ont été développés en dehors du cadre national initial. Il accueille une cinquantaine de nouveaux patients par an et, depuis l'an dernier, il propose une évaluation des patients à distance de l'éducation initiale appelée «I-CARE 3».

Les membres de l'équipe d'éducation sont :

- Paul Coulon : cardiologue et coordonateur du programme
- Hélène Auriol et Olivia Lacroix : infirmières
- Hélène Bely : diététicienne
- Marie-Lise Bonet et Christel Sainz : kinésithérapeutes
- Nadia Dominguez : psychologue

Comme les autres programmes, une évaluation annuelle et une évaluation quadriennale sont demandées avec notamment l'évaluation du partage d'informations et de la satisfaction des médecins traitants (25). Le programme réalise cette année sa 2^{ème} évaluation quadriennale.

4.L'éducation thérapeutique en médecine générale

4.1. Son importance

La majorité des programmes d'éducation thérapeutique se développent donc dans les établissements hospitaliers et des réseaux de prise en charge. Cependant, ces structures ne permettent pas de répondre à la demande grandissante. La plupart des patients atteints de maladies chroniques ne bénéficient d'aucun programme d'éducation thérapeutique (26).

Plusieurs recommandations soulignent l'importance d'une implication des médecins généralistes pour «Valoriser le rôle du médecin traitant en tant que premier acteur de l'éducation thérapeutique du patient et principal coordonnateur» (27). Le médecin généraliste, par sa proximité et la continuité de sa prise en charge, a un rôle essentiel dans l'implication et la motivation de ses patients. De plus, la médecine générale «est construite sur un modèle différent de celui de la médecine spécialisée, même s'il repose sur des connaissances biomédicales de base communes. Elle reproduit sur un modèle global, centré sur le patient, ouvert sur l'extérieur, considérant la maladie comme l'ensemble ou la résultante de facteurs organiques, humains et environnementaux» (28).

Ces éléments sont en faveur d'une légitimité des médecins généralistes dans le domaine de l'ETP.

4.2. Son développement

De nombreux travaux ont été récemment réalisés pour évaluer la faisabilité de l'ETP en médecine générale. En effet, les supports actuels développés dans les recommandations s'adressent davantage à une éducation collective structurée. De plus, la loi HPST a donné un cadre légal à l'ETP et a clarifié certains concepts. Mais, elle rend le dispositif plus rigide puisqu'elle inscrit l'ETP exclusivement dans le format de programmes validés, conduits par des professionnels de santé et conformes à un cahier des charges. Ces programmes sont bien trop complexes à élaborer pour se généraliser au sein des cabinets médicaux libéraux.

Une thèse de 2014 réalisée par le Dr Caroline THOMAS concluait que le diagnostic éducationnel dans l'insuffisance cardiaque, tel qu'il est actuellement proposé dans les recommandations, n'est pas réalisable dans une consultation de médecine générale dans les conditions d'exercice actuelles (29).

Les médecins généralistes rapportent de nombreux freins tels que le manque de temps, de formation ou de rémunération adaptée.

Malgré les difficultés, quelques études ont montré que l'ETP est réalisable en médecine générale.

L'expérimentation ASAVED dans l'éducation du patient diabétique de type 2 était basée sur la constitution et la formation de binômes formés d'une infirmière et d'un médecin généraliste. Des séances collectives d'éducation étaient ensuite réalisées auprès de leurs patients diabétiques pendant une durée de 2 ans. Cette étude a mis en évidence des changements significatifs dans la négociation et l'atteinte d'objectifs ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie des patients. Les professionnels de santé ont été motivés et satisfaits de la pratique de l'ETP (30).

L'étude ETHICCAR (Evaluation de l'éducation THérapeutique Individuelle et Collective du patient à risque CARdiovasculaire en médecine générale) est réalisée auprès des médecins généralistes d'Aquitaine. Les premiers résultats montrent la faisabilité d'une ETP collective mais aussi individuelle par des médecins généralistes libéraux (31). Les résultats sur l'efficacité de la démarche ne sont pas encore connus.

5.Problématique

Les médecins généralistes sont sollicités dans le domaine de l'ETP et peuvent se sentir légitimes dans sa réalisation. L'ETP se développe avec succès à l'hôpital comme le montre le programme I-CARE alors que les médecins généralistes ne l'exercent pas aisément.

Alors quelles sont leurs opinions sur ces programmes hospitaliers ? Quels est, de leurs points de vue, l'impact positif et négatif pour leurs patients, sur leurs pratiques ? Quelles sont leurs attentes ? Comment envisagent-ils le développement de l'ETP entre hôpital et libéral ?

Les réponses à ces questions nous permettrons d'évaluer le programme I-CARE par un point de vue externe et de rechercher des voies d'amélioration.

MATERIEL ET METHODE

1. Objectifs de la recherche

L'objectif principal de cette thèse était d'évaluer l'impact du programme I-CARE de l'Hôpital Saint-André sur les médecins généralistes en explorant leurs opinions et leurs ressentis afin de rechercher des voies d'améliorations.

Les objectifs secondaires étaient :

- d'explorer leurs représentations et avis sur l'ETP, son organisation et sa coordination dans le système de soin à travers leur rôle et celui des programmes hospitaliers.
- de rechercher leurs attentes dans le domaine de l'ETP.

2. Méthode

2.1. Choix de la méthode

Nous avons choisi une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs. En effet, par son approche compréhensive, la recherche qualitative permet d'explorer l'expérience et le ressenti réel du médecin. La médecine générale est un domaine où la variabilité entre pratiques est forte. Une démarche qualitative permet de comprendre l'opinion, les comportements et les attentes des médecins au travers de leur environnement et de leur individualité.

Dans son article «Evaluer la qualité et l'efficacité de la promotion de la santé : approches et méthodes de santé publique et de sciences humaines», A. Deccache (32) montre les limites d'une évaluation de l'efficacité. Pour lui, les questions «comment ça marche» et «comment améliorer» sont essentielles pour l'éducateur, il propose donc :

- «d'évaluer tous les effets possibles, plutôt que ceux liés aux seuls objectifs
- d'évaluer l'impact plutôt que les résultats
- d'évaluer la qualité plutôt que l'efficacité»

Une démarche qualitative est adaptée à cette problématique.

Des entretiens individuels ont été réalisés dans le but de favoriser le climat de confiance permettant la libre expression de chaque médecin. Un guide d'entretien a été réalisé avec des questions ouvertes pour obtenir des réponses individualisées tout en répondant aux objectifs fixés de l'étude.

2.2. Constitution de l'échantillon

Les critères d'inclusion étaient :

- Etre un médecin généraliste installé en cabinet libéral.
- Etre le médecin traitant d'au moins un patient ayant réalisé les deux journées du programme.
- Avoir reçu en consultation ce patient depuis la réalisation du programme.

Le but d'une enquête qualitative n'est pas la représentativité des résultats mais la diversité. Pour ce faire, nous avons cherché à obtenir un échantillon en variation maximale.

Les variables retenues sont celles susceptibles d'influencer les résultats de l'enquête.

- La localisation du cabinet : rural ou urbain
- L'âge du médecin
- Le sexe
- La formation à l'ETP

- Le nombre de patients insuffisants cardiaques consultés par semaine
- Le nombre de patients ayant participé

Les médecins susceptibles de participer ont été identifiés à partir des dossiers des patients. Il a été choisi d'interviewer une majorité de médecins dont les patients ont été vus par l'équipe I-CARE après 2011 afin de juger du programme dans sa version la plus aboutie. Les médecins ont ensuite été contactés par téléphone afin de leur présenter l'étude (cf. annexe1).

On notera que M15 était en secteur 2. Cela peut influencer les réponses même si ce n'était pas une des variables prises en compte pour la constitution de l'échantillon.

2.3. Réalisation du guide d'entretien

Le guide d'entretien vise à structurer l'intervention de l'enquêteur sans restreindre les réponses des médecins. Un premier guide d'entretien a été réalisé afin de répondre aux objectifs de la recherche. Il était constitué de questions ouvertes. Ces questions devaient être le plus neutre possible pour ne pas orienter les réponses (cf. annexe 2).

Le guide d'entretien a été modifié après la cinquième interview. La question portant sur les difficultés des médecins avec leurs patients insuffisants cardiaques a été retirée. Les réponses n'étaient pas contributives pour nos objectifs. Cette question faisait dévier le sujet sur les problématiques médicamenteuses. Les autres modifications ont porté sur la forme pour ouvrir davantage les questions (cf. annexe 3).

2.4. Déroulement des entretiens

Chaque entretien s'est déroulé dans le cabinet du médecin interviewé. Au début de chaque entretien, nous nous présentions en tant que médecin généraliste remplaçant réalisant notre thèse. Cette démarche avait pour but de réaliser un rapprochement social bénéfique à l'entretien.

L'accord du médecin était ensuite recueilli oralement avant de débiter l'enregistrement.

L'identité et les caractéristiques du médecin ont été notées manuellement en dehors de l'enregistrement afin de réaliser sa fiche signalétique (cf. annexe 4).

Un total de 18 entretiens a été effectué amenant à la saturation des données.

2.5. Analyse des données

La transcription des entretiens en verbatim a été réalisée par l'enquêteur. Cette transcription conforme mot à mot à l'enregistrement a ensuite été reprise pour éliminer les parties hors sujet (questions personnelles, proposition de remplacements, etc...), les interventions extérieures et les interjections redondantes rendant particulièrement difficiles la compréhension.

L'analyse des données a été réalisée au fur et à mesure des entretiens.

Les données ont été extraites des entretiens par analyse sémantique. Chaque entretien a été analysé individuellement en identifiant les expressions porteuses de sens. Ces données ont ensuite été regroupées en sous thèmes constituant la grille thématique.

Chaque entretien a été de nouveau analysé suivant cette grille thématique pour mettre en évidence les thèmes majeurs qui ont été développés dans les résultats.

RESULTATS

1. Réponses des médecins à l'appel téléphonique

27 médecins ont été contactés par téléphone. 6 d'entre eux ont rappelé à la suite d'un message au secrétariat. Après nous être présenté, nous avons décrit le but et les modalités de l'étude comme indiqué dans l'annexe 1. Sur ces 27 médecins, 6 ne répondaient pas aux critères d'inclusions :

- quatre médecins n'étaient plus le médecin traitant.

- un n'avait reçu le patient qu'une fois depuis le programme réalisé en 2012 en raison d'hospitalisations à répétition.

- un des médecins était parti à la retraite depuis peu de temps et son remplaçant ne connaissait pas le patient.

Sur les 21 restants, deux médecins ont refusé le rendez-vous après m'avoir répondu que ces programmes étaient inutiles. Pour l'un, «l'hôpital ferait mieux d'embaucher du personnel plutôt que de faire ce genre de choses inutiles». Pour l'autre, le patient choisi n'avait rien compris, il n'avait rien à faire dans ce genre de programme. L'hôpital aurait du demander l'avis du médecin traitant avant car pour cette patiente c'était du temps perdu. C'était la deuxième fois qu'on se passait de son avis. Il s'agissait d'un autre programme d'éducation et tant que cela durerait, les programmes seraient inefficaces.

19 des médecins ont répondu positivement à ma demande de rendez-vous. L'un d'entre eux a finalement annulé après plusieurs reports.

Au final, 18 médecins ont été interviewés soit un taux de participation de 85%.

2. Caractéristiques de l'échantillon

2.1. Tableau des caractéristiques de l'échantillon

Médecin	Age	Sexe	Lieu d'exercice	Courrier reçu	Année de passage patient	Nombre de patient ICARE	Formation ETP	Nombre de patient IC par semaine	Durée (min)
M1	41	m	urbain	n	2012	1	n	5	24
M2	38	m	semi-rural	o	2012	1	n	2	29
M3	64	m	urbain	o	2013	1	n	5	14
M4	61	m	urbain	o	2011	1	n	NSP	23
M5	55	f	urbain	n	2013	1	n	1	17
M6	45	m	urbain	o	2013	1	o	6	22
M7	52	f	rural	n	2014	1	n	10	18
M8	66	m	rural	n	2013	1	n	15	17
M9	45	m	urbain	n	2012	1	n	NSP	20
M10	57	m	urbain	o	2012	1	n	1	18
M11	48	m	urbain	o	2012	1	n	5	14
M12	43	m	urbain	o	2011-12	2	n	10	12
M13	40	f	urbain	o	2013	2	o	3	9
M14	63	m	semi-rural	n	2011	1	n	6	13
M15	65	m	urbain	o	2013	1	n	6	18
M16	51	m	urbain	o	2011-14	3	n	7	14
M17	54	m	urbain	o	2011-14	2	n	5	23
M18	57	f	urbain	o	2014	1	o	NSP	17
Moyenne	52,5					1,27		5,6	18

2.2. Résultats des données quantitatives

Bien qu'il s'agisse d'une étude qualitative visant la diversité de l'échantillon et non sa représentativité, nous pouvons relever que :

- les médecins interviewés étaient majoritairement des hommes (14/18), installés en milieu urbain (14/18), de 52,5 ans en moyenne.
- ils estimaient voir en moyenne 5,6 patients insuffisants cardiaques par semaine.
- seuls 3 médecins avaient reçu une formation à l'ETP dont 2 femmes.
- les médecins avaient majoritairement un seul patient inclus dans le programme I-CARE. Dans les médecins qui en avaient plusieurs, seul M16 suivait encore les 2 patients.

3. Le programme I-CARE vu par les médecins généralistes

3.1. Opinion sur le programme

3.1.1. L'opinion personnelle des médecins

Les retours de médecins généralistes ayant directement émis leur opinion personnelle sur le programme I-CARE étaient positifs. Neuf des médecins ont exprimé leur ressenti personnel sur le programme (M2, M5, M9, M12, M13, M14, M16, M17, M18).

Le programme était ressenti comme «très bénéfique» (M2), «positif» (M3) qui «a servi» (M13) et «a eu un impact important» (M2). Il était vécu comme une «aide» (M14). Il était «intéressant pour le patient» (M16). Pour M18, il s'agissait «d'un grand luxe» pouvant être comparé à «de la lourde artillerie».

3.1.2. L'opinion des patients auprès des médecins

Quelques patients ont livré leur opinion à leur médecin. Ainsi, M18 nous a dit avoir eu un «très, très bon» retour du patient. M16 disait que «tous les patients ont été satisfaits et aussi les familles». Il y eu peu de retours spontanés des patients et aucun de négatif.

3.2. Les effets sur le patient

3.2.1. L'acceptation

Pour M9, son patient «a pas mal pris conscience» et pour M12 «il a l'air plus concerné». Le programme «leur fait prendre conscience de ce qu'est l'insuffisance cardiaque» (M16).

M4 et M6 ont constaté que leur patient «avait accepté».

M2 insistait sur «le côté impact psychologique» à la base de la motivation du patient.

De plus, M16 développait le thème de l'angoisse de la maladie chronique. Le programme «les rassure aussi».

3.2.2. L'information

Pour les médecins, le programme apportait aussi des connaissances aux patients (M1, M5, M6, M9, M12, M13, M16, M18). M1 nous disait que «c'est une patiente informée» et pour M6, «il a tout compris».

M5 a évoqué les documents remis au patient comme source d'information mise en pratique. Il citait son patient : «j'ai des notes dans la cuisine et je cuisine avec».

3.2.3. Le respect des règles hygiéno-diététiques

Cet effet était celui le plus souvent cité par les médecins interrogés. Pour M4, «il avait beaucoup plus fait attention à ses habitudes alimentaires» et M6 notait «une amélioration des comportements, et de sa manière, des différents mésusages».

La restriction sodée a été évoquée par M17 et M18 qui décrivait «une bonne adaptation par rapport à son régime sans sel».

M4 et M14 notaient une amélioration de la consommation d'alcool. «Y'avait quand même une exogénose si j'ai bonne mémoire, et qui a disparu» (M14).

Cinq médecins (M8, M9, M13, M16 et M17) notaient aussi un impact sur la pratique d'une activité physique.

Le respect des mesures hygiéno-diététiques a permis au patient de M17 de perdre du poids.

Celui de M12 était «beaucoup plus stable depuis cette période».

Le patient de M5 était passé du tabagisme à la cigarette électronique.

3.2.4. Observance thérapeutique

M13 a remarqué que sa patiente «se prend beaucoup plus en charge et elle est beaucoup plus observante au niveau de ses traitements». M4 nous disait que «au point de vue traitement, il avait accepté».

3.2.5. L'autogestion et l'auto-surveillance

M12 évoquait l'auto-surveillance du poids. Il a constaté que son patient savait répondre à la question «à combien vous êtes ?» depuis le programme. La patiente de M18 «se pèse et se surveille», «elle manage bien».

3.2.6. Eléments négatifs

Quatre des médecins interrogés (M3, M10, M11 et M15) disaient n'avoir vu aucun effet du programme. Les quatre médecins attribuaient cet échec au caractère difficile ou spécial de leur patient. «Il fait son traitement comme il l'entend et quand on n'est pas d'accord avec lui, ben il change de médecin» (M10). «Non, pas du tout. C'est une patiente compliquée.» (M15).

Le principal élément négatif était la durée des effets du programme. Pour M2, «ça n'a pas duré longtemps» alors que pour M17, c'est «peut-être un peu loin». En effet, même si les connaissances et compétences étaient acquises, c'est «l'enthousiasme [qui] n'a pas duré» (M14).

Certains médecins (M2 et M4) regrettaient aussi le peu d'impact sur l'état clinique de leur patient et ce malgré la modification des comportements.

3.3. L'impact sur la pratique du médecin généraliste

3.3.1. Impact positif

Pour M1, «ça facilite la discussion» avec le patient. Il était plus intéressé par sa maladie, cela «ouvre à des questions» permettant une modification de la relation médecin-patient bénéfique à sa prise en charge.

M2 notait aussi une modification lors de ses consultations car son patient «comprend mieux le pourquoi». Le programme apparaissait alors comme une aide : «c'est plus facile pour moi».

Pour M5, le programme a modifié l'image qu'il avait de son patient. «Je pensais qu'il était beaucoup plus passif dans son suivi».

3.3.2. Impact négatif

La participation au programme pouvait être perçue comme générateur de travail supplémentaire. En effet, en l'absence d'un suivi hospitalier, certains médecins pouvaient se sentir forcés à continuer l'action débutée. Pour M6, «on va s'occuper de monter des trucs mais ça dure pas, et après le généraliste il va gérer la suite», «après il ne faut pas que ça nous surcharge nous».

3.4. La communication

3.4.1. La faible connaissance du programme

Seuls deux médecins connaissaient le programme I-CARE et en partie son contenu : M18, par sa formation auprès du Dr Coulon, et M16 qui effectuait des vacances à l'hôpital Saint-André.

Malgré le passage d'un de leurs patients, certains médecins n'avaient pas connaissance du programme. M1 nous disait que «c'est un parcours que moi, je ne connais pas» et pour M2 «encore faut-il savoir que ça existe». Parmi ceux qui disaient connaître le programme, son contenu restait vague. M15 m'a demandé «c'est quoi, c'est comment» et M11 pensait que «en gros, c'est pour faire baisser le poids de la personne».

M1 et M12 m'assuraient avoir reçu le courrier, mais, après discussion autour de son contenu, il apparaissait une confusion avec celui d'un autre service de cardiologie.

3.4.2. Le courrier

Le courrier était le principal moyen de liaison entre le programme et le médecin traitant.

12 des 18 médecins interrogés avaient reçu au moins un courrier d'I-CARE mais seuls 7 sur 18 en avaient connaissance (M1, M6, M11, M13, M14, M17, M18). M10 et M12 l'avaient classé mais ne s'en souvenaient pas.

Les avis divergeaient quant à l'intérêt et la qualité du courrier. Pour M2, il s'agissait d'«un courrier très succin» qui disait «bonjour votre patient a été vu» dans lequel «y'avait pas grand-chose» et pour M11 «c'est des généralités». M3, M7 et M18 étaient plus positifs : «c'est assez complet, il est bien» (M18).

Aucun lien n'apparaissait entre l'année de passage du patient et le taux de réception du courrier ou l'avis sur son contenu.

3.4.3. La communication à travers le patient

Seuls quatre médecins avaient eu un retour spontané de leur patient (M2, M3, M16, M18) et pour M3 il s'agit d'une simple information sur la participation. Le patient «a dit qu'il y était allé mais c'est tout».

Pour M5, c'est la participation à l'étude et l'appel téléphonique qui avait déclenché le dialogue. «J'ai eu des retours mais après que j'ai gratté».

4. La complémentarité entre généralistes et programmes hospitaliers

4.1. Le médecin généraliste

4.1.1. Ses rôles

4.1.1.1. Le rôle de médecin traitant

Le médecin généraliste se voyait comme le médecin référent auprès du patient. Il avait donc pour rôle de «centraliser l'information médicale» (M2), de «superviser» (M12) et de faire une «synthèse de tout ça, de ce qu'ils [les patients] sont, de leurs difficultés, de ce qu'ils devraient faire» (M17).

M13 disait qu'il avait un «rôle d'aiguillage» vers les spécialistes et qu'il devait permettre de «faire le lien» avec l'hôpital. Le médecin généraliste assurait le suivi (M12, M15) pour permettre de «repérer quand, à nouveau, ça n'ira pas» (M2).

4.1.1.2. Le médecin prescripteur d'ETP

Pour la plupart des médecins interrogés, ce n'était pas le rôle du médecin traitant d'adresser directement les patients dans les programmes d'éducation.

Seuls M1, M3 et M7 souhaitaient pouvoir le faire. Pour M7, cela aurait pu se faire «sur certains patients [...] comme on propose une cure».

En raison de problème d'organisation ou de temps, comme M9 qui n'avait «pas le temps d'aller convaincre le collègue quant à la bonne utilité», ou encore par manque d'autorité comme M16, les médecins plébiscitaient un recrutement réalisé «en consultation de cardiologie» (M2), par le «cardiologue» (M15) ou «la personne qui surveille en cardio» (M5). Pour M9, c'était le «le service de cardio [...] qui décide».

Ils se pensaient mal placés pour choisir des patients considérant qu' «il faut pas cibler» car «Si on prend des gens comme ça, au hasard, c'est mieux car on va finir par trouver quelqu'un que ça va intéresser, alors qu'on n'aurait pas pensé que ça l'intéresse» (M3). Même M8, trouvant que son patient n'était pas un bon candidat pour le programme, nous disait : «après tout, le plus idiot peut retenir quelque chose». Ainsi, «c'est jamais une perte de temps» pour M17.

4.1.1.3. Le rôle de médecin éducateur

12 des 18 médecins pensaient qu'ils avaient un rôle à jouer dans l'éducation (M2, M3, M4, M6, M7, M10, M12, M13, M14, M15, M16, M18). Pour M6, «C'est particulièrement la place du généraliste» alors que pour M4 et M7 «ça fait partie [du] travail». M10 en faisait «la majeure partie de [son] temps».

Pour eux, l'ETP s'intégrait à la consultation (M3, M4, M7). Seul M13 envisageait de faire des consultations dédiées à l'éducation.

Dans le cadre de l'ETP, les médecins interrogés expliquaient rester dans les généralités. Ils rappelaient aux patients «quelques bases» (M11). Pour eux, l'éducation au cabinet se rapprochait des «interventions brèves» (M6). Il s'agissait d'«un conseil minimal» (M7). Pour M17, l'éducation se basait sur des «messages simples, des messages répétés».

La notion de répétition était fortement exprimée par les médecins. Pour M3 et M16, il faut «repasser une couche». Pour M7 et M9, il faut «toujours rabâcher». M11 «répète sans arrêt». Pour M17, l'éducation est, comme l'observance, «le combat de tous les jours».

Plusieurs médecins s'éloignaient du concept de l'éducation thérapeutique quant à l'intégration du patient au sein du processus décisionnel. M8 disait être «assez dirigiste» et M5 avait dû «imposer l'infirmière». Pour M2, les patients «subissent l'examen clinique chez leur médecin». Pour M11, «c'est rennes courtes».

M2 parlait davantage du thème de l'acquisition des compétences par le patient, ce qu'il appelait «la partie travail». Il ne «considère pas que ce soit le travail du médecin traitant». Pour M6, «c'est pas forcément [son] job». Le médecin ne «peut pas se substituer à une diététicienne ou à une nutritionniste» (M11). Quant à M12, il nous disait que «dans l'éducation à proprement parler, [...], il faudrait laisser la main».

Le discours du médecin était directement lié au travail réalisé par les spécialistes. Il a pour rôle de «relayer les conclusions» (M2) et il «reformule» (M13) auprès du patient.

Seul M13 pensait pouvoir réaliser des ateliers dans son cabinet. Elle nous disait : «Nous, on a un projet de déménager pour une structure plus grande et moi je voudrais intégrer de l'éducation thérapeutique. Parce que bon, on est un cabinet de quatre. S'y jeter toute seule, ce serait compliqué. Mais je pense que là, on peut faire des petits ateliers comme ça et on sélectionnerait des patients dans notre clientèle commune pour faire un peu de diabète, un peu de cardio. Ce serait bien de le développer en cabinet de ville».

4.1.2. Les difficultés

4.1.2.1. Le manque de temps

Le manque de temps était le principal frein à la réalisation de l'éducation thérapeutique selon les médecins interrogés (M2, M5, M6, M7, M8, M13, M14, M16, M17 et M18). M13 cherchait à intégrer l'éducation à sa pratique. Pour gagner du temps, elle me confiait : «y'a des moments où je n'examine pas les patients».

La sévérité des patients et la poly-pathologie augmentaient la difficulté. «C'est un malade un petit peu lourd. Et ça donne une consultation un petit peu longue et c'est compliqué quand même» (M14). Pour M7, son patient «a tellement de pathologies» qu'il ne pouvait réaliser une éducation.

4.1.2.2. Le manque de compétences

Sur les 18 médecins, seuls trois disaient avoir reçu une formation en éducation thérapeutique. Ce manque était omniprésent dans les réponses.

Pour M9, son rôle en éducation s'arrêtait «à la limite de [son] incompetence». M8 n'avait «pas la compétence pour faire ça» car «à la fac, on n'en parlait pas».

4.1.2.3. La relation médecin-patient

M6 évoquait ses difficultés à réaliser des consultations spécifiques d'éducation thérapeutique au milieu de ses consultations habituelles. En effet, pour lui, l'image qu'a le patient de son médecin et de la médecine générale excluait cette possibilité. Il appelait cela un «problème de mélange de genre».

L'image du médecin généraliste avait changé. Le médecin généraliste avait perdu «son aura» et «son pouvoir» pour «reconvoquer» le patient afin de réaliser une séance dédiée.

M5 développait aussi cette idée : «Si ça vient de moi, ils vont dire : «ah elle me fatigue» ».

M12 abordait sa relation de manière plus équilibrée, même avec ses patients difficiles : «finalement, on arrive à s'amadouer, à accepter que l'autre fasse des efforts».

4.1.2.4. L'isolement

Le médecin libéral pouvait se sentir isolé pour la prise en charge d'un patient complexe et poly pathologique. Pour M16, «on est un peu tout seul» et M6 nous dit que «tout seul on n'y arrive pas». M6 pensait que le travail seul «ça ne marche jamais».

4.1.2.5. Le patient

Pour M3, son patient «veut être pris en charge, il veut des alloc, de ci, de là, mais l'éducation...». M5 nous disait que «les gens ne sont pas motivés». M10 lui «se rend compte que une fois qu'ils sont sortis de chez nous, du cabinet, soit ils oublient, soit ils continuent d'en faire qu'à leur tête».

M8 nous confiait que «chez certains patients vous expliquez, et quand vous voulez faire une synthèse et que vous revenez, ben ils ont rien compris». L'éducation était difficile pour son patient car «il est assez limité, c'est un gars qui est gentil mais qu'est assez limité».

M10 n'essayait plus de discuter avec son patient car «Il fait son traitement comme il l'entend et quand on est pas d'accord avec lui, ben il change de médecin».

Pour M15, sa patiente « n'écoute pas trop ce que je lui dis ».

4.1.3. Les doutes sur l'efficacité de l'éducation thérapeutique

Les médecins exprimaient un manque de confiance dans les résultats de leurs interventions. Pour M5, «ça ne marche pas. Ça ne suffit pas». Ce sentiment pouvait aboutir à une perte de motivation, comme pour M7 qui «des fois [...] lâche prise. Parce qu'on sent qu'y a pas de réception».

D'autres s'interrogeaient sur les résultats de l'éducation thérapeutique en général. «Après les résultats objectifs derrière les défaillances cardiaques, sur l'observance, ils y sont vraiment ? Je ne sais pas» (M7). M17 émettait lui aussi des doutes : «je sais pas quels sont les résultats des centres».

4.2. Le programme hospitalier

4.2.1. Les points forts

On retrouvait dans ce thème des oppositions point par point aux difficultés mises en avant par les médecins généralistes dans le cadre de leur activité libérale.

4.2.1.1. Le temps

Le premier avantage d'un programme hospitalier était, pour la plupart des médecins interrogés, le temps mis à disposition du patient. Pour M2, il s'agissait «d'une prise en charge assez intensive en terme [...] de temps passé». Pour M18, «ce n'est pas une information donnée en peu de temps».

Contrairement au généraliste perdu dans la polypathologie, l'hôpital «permet de recibler beaucoup plus» (M4).

4.2.1.2. Les compétences

M17 nous disait que «l'avantage de ce type de service c'est [...] la pédagogie». Ainsi, l'approche était «beaucoup plus didactique qu'au cabinet» (M14).

Pour M18, ces compétences permettaient de transmettre «une information [...] de façon précise» et de motiver les patients «parce qu'on les rend acteurs de leur santé» (M2).

4.2.1.3. L'image de l'hôpital

Selon les médecins interrogés, l'hôpital avait «une certaine image par rapport au patient. Parfois négative c'est vrai, mais en général, largement positive» (M10). M9 insistait sur l'«étiquette hôpital» qui serait un atout.

Ainsi, l'hôpital serait plus persuasif. Pour M5, «ça a plus d'impact». M6 opposait son pouvoir de persuasion à celui de l'hôpital. «Ils donnent un rendez-vous et ça, ils y vont».

4.2.1.4. La pluridisciplinarité

M16 nous disait que «l'avantage du système hospitalier, c'est que c'est un travail d'équipe». M7 se demandait «quelle autre structure pourrait avoir les moyens de mettre à disposition des diététiciennes, des psychologues, des médecins».

4.2.1.5. L'organisation

D'après M9, «l'hôpital par [...] son fonctionnement va pouvoir aller les chercher par une démarche très volontaire». Cette organisation permettait de «bien cadrer» d'après M11.

La proposition d'un programme dédié à l'éducation thérapeutique par l'hôpital «fait plus sérieux» (M8) qu'une proposition par le médecin traitant.

De plus, les services hospitaliers «ont un matériel adapté» d'après M7.

4.2.2. Les difficultés

Certains freins étaient décrits par les médecins interrogés. Pour M2 et M12, un tel programme ne pouvait être proposé à tous. «C'est limité en terme de possibilité d'accueil» nous dit M2.

Pour M17, l'organisation du système hospitalier ne permettait pas «la souplesse, la réactivité qu'il faut avoir».

Pour M10, c'était un problème de proximité : «tout le monde ne peut pas se déplacer facilement». Ce manque de proximité était aussi une limite à la pleine compréhension du patient dans ses habitudes de vie et son milieu. Il évoquait le développement d'équipes à domicile en soulignant que «ça permettrait à l'équipe d'éducation thérapeutique de se rendre compte de la réalité dans laquelle le patient évolue».

Contrairement au médecin traitant, un programme hospitalier ne pouvait suivre régulièrement le patient. M17 nous dit que «le problème avec ce type de service, c'est le devenir dans le temps».

4.2.3. Les attentes des généralistes

L'hôpital était donc pour les médecins généralistes le lieu où devait se dérouler «la mise en route [et] l'initiation du patient» (M10). Pour M2, l'hôpital devait réaliser «la partie travail» de l'éducation thérapeutique.

Lors de cette première étape, les médecins souhaitaient que les patients aient des «objectifs dédiés» (M6). En effet pour M11, «s'ils n'ont pas d'objectifs, ils s'en foutent». Ces objectifs peuvent ensuite être surveillés par le médecin généraliste mais aussi servir de base pour de nouvelles séances d'éducation.

Plusieurs médecins regrettaient le manque de suivi hospitalier. M5 nous disait que de nouvelles séances auraient pu : «entretenir la dynamique car [il a] trouvé que c'était

dommage qu'elle se perde». Pour M10 et M11, des «piqûres de rappel» étaient nécessaires à l'hôpital et elles auraient pu même être «automatisée[s]» pour M6.

Pour M17, le programme se devait aussi d'inclure les aidants. Comme pour le patient de M14 dont la «femme était vigilante».

Trois des médecins proposaient le développement de séances au domicile. Pour M7 et M11, il aurait pu s'agir d'«équipes mobiles». M10 demandait des «intervenants [qui pourraient] se déplacer à domicile notamment pour [les] personnes âgées».

5. La coopération entre généralistes et programmes hospitaliers

5.1. Ressenti des médecins généralistes vis-à-vis des structures hospitalières

Certains médecins ont exprimé leur isolement par rapport à l'hôpital. Pour M3, «on est un peu exclu de l'hôpital» alors que pour M9, «chacun bosse dans son coin». Pour M2, la communication «c'est ce qui manque un peu dans tous ces programmes, c'est très fermé». Ce manque de communication pouvait aboutir à une sensation de dévalorisation. M9 poursuivait son discours : «ce que vous pensez en médecine générale, certains, ils s'en foutent».

En intégrant des patients sans inclure la décision du généraliste, M9 avait la sensation d'être parfois «shunté» et de perdre «les infos ou la crédibilité» pour prendre en charge son patient. De plus, le travail réalisé au sein du programme allait alors implicitement définir le champ de compétences du médecin. Seuls «le bon rapport de confiance» (M9) et un «échange sur le travail fait» (M2) permettaient d'éviter cela.

Pour M2, «certains généralistes se sentent un peu spoliés, en se disant, c'est mon patient, c'est mon travail». Les programmes pouvaient alors donner «l'impression de se faire voler le boulot». Mais ce n'était pas son impression personnelle. Par contre, pour lui, le médecin généraliste n'«a pas, aujourd'hui, le statut [...] reconnu par les spécialistes, de médecin traitant».

5.2. Le renforcement positif

La coopération entre généralistes et les différents intervenants des programmes hospitaliers d'éducation thérapeutique passait par la cohérence du discours tenu et la multiplication des approches. M3 nous disait que «si y'a plusieurs personnes qui parlent de la même chose, mais avec des mots différents, mais avec la même finalité, c'est important pour le patient». Pour M10, il fallait «répéter par plusieurs voix».

Du point de vue de M14, le programme «corrobore ce qu'on leur dit» et permettait de compléter le discours du médecin (M18). Cela «conforte [le] discours et ça va plus loin» pour M7.

Le patient cherchait auprès de son médecin la confirmation des informations délivrées à l'hôpital permettant un transfert de la confiance acquise. M10 me disait : «quand l'hôpital dit quelque chose, le patient vient souvent nous demander [si] on est d'accord. Donc le rôle est partagé».

Au contraire, un discours dissonant était source d'erreurs. «Si on lui dit pas la même chose, il va être complètement perdu et faire les choses à moitié ou mal» (M10) et «ça va pas être audible» (M5). Les médecins généralistes mettaient donc en lumière l'importance d'une communication de qualité entre soignants.

5.3. Le courrier

Le premier moyen de communication entre l'hôpital et le médecin libéral était le courrier. M2 essaie de se mettre à la place de ses confrères : «il faut savoir, en tant que spé ou gestionnaire d'éducation, considérer que notre information va être fournie par quelqu'un d'autre» indiquant la nécessité d'un message clair et accessible aux compétences du médecin généraliste.

Le courrier devait contenir «le diagnostic initial» pour M13, «les objectifs» (M3), «les sujets sur lesquels il y a eu travail» (M2), «les infos qu'on [...] a données [aux patients] personnellement» (M5), «les erreurs qu'on a relevées» (M2) et «ce qui n'est pas acquis» (M1).

5.4. Le téléphone

Les médecins ont avancé leurs difficultés à entrer en contact avec les services hospitaliers. M17 me disait que «la difficulté, si vous voulez, c'est d'avoir la personne qui s'est occupée du dossier, d'avoir le bon interlocuteur». Pour M9, «on reste quinze jours en attente ou mille ans au secrétariat».

Ils souhaitaient donc pouvoir avoir «accès aux collègues» (M12), et plus précisément «un référent» (M2).

M9 proposait la mise en place d'un numéro vert tel que cela se fait en gériatrie à l'hôpital Xavier Arnoz.

5.5. Le patient

Les médecins interrogés avaient un retour direct assez faible de la part de leur patient. Seul M16 nous dit : «ils en parlent, c'est ça qu'est bien».

Aucun d'entre eux n'avait vu le cahier de suivi remis au patient à la fin de leur journée. Pour M2, «ça serait intéressant de dire au patient, justement, d'amener ces documents à son médecin traitant».

Pour M5, le patient devait être la cible directe de relances de l'hôpital pour maintenir la dynamique du patient. Ainsi il souhaitait «que les gens reçoivent un courrier pour qu'ils en parlent à leur médecin» car «si il y a un signal qui vient de l'extérieur c'est plus fort». M7 évoquait l'initiative intéressante de la MSA d'avoir proposé un programme d'éducation dans le diabète directement à ses patients.

5.6. Les autres voies de communication

5.6.1. Le support de présentation

Les médecins étaient conscients du manque de connaissance du programme. Six d'entre eux ont suggéré l'ajout avec le courrier d'une plaquette ou d'un prospectus (M1, M4, M6, M9, M10 et M13).

Ce dernier devrait être «un petit mot rapide d'explication [permettant de définir] qui est qui, qui fait quoi», une «présentation de leur mission [...], de leur champ de compétences» (M9) contenant aussi «un détail de ce programme» (M10).

5.6.2. Les réunions d'information

Seuls M1 et M15 étaient prêts à réaliser une réunion. M1 proposait «quelque chose de courte durée à la limite» alors que M15 lui envisageait de «faire les ateliers» pour pouvoir bien expliquer ensuite à ses patients.

Pour tous les autres médecins, il n' «y aura pas une adhésion des médecins généralistes» (M2) car «on n'a pas trop le temps» (M3).

5.6.3. Un retour de la part des médecins généralistes

M2 proposait de réaliser un retour par mail au service. Il aurait pu «faire un retour comme quoi le patient a été très adhérent à ça, et qu'il était demandeur de temps supplémentaire».

Cependant, ce retour ne pouvait se faire, pour lui, que par informatique, «sur mon ordi, un truc très rapide».

6. Tableau des principaux résultats

Thème	Résultats
Opinion sur le programme	<ul style="list-style-type: none"> - les médecins étaient globalement satisfaits du programme. - ils notaient un effet positif sur le patient, plus rarement sur leur pratique. - Cet effet était limité dans le temps.
Connaissance du programme	<ul style="list-style-type: none"> - le programme était mal connu. - les patients parlaient peu de leur expérience avec leur médecin.
Place de l'éducation dans les consultations de médecine générale	<ul style="list-style-type: none"> - les médecins généralistes pensaient avoir un rôle important dans l'éducation. - ils connaissaient mal le concept d'ETP. - ils n'endossaient pas tous le rôle d'éducateur en raison de doutes sur l'efficacité, de manque de temps, de formation, de problèmes organisationnels et de leur relation médecin-malade. - Ce n'était pas obligatoirement leur rôle d'adresser les patients dans les programmes d'éducation.
Le rôle des programmes hospitaliers	<ul style="list-style-type: none"> - les programmes hospitaliers étaient adaptés à la pratique de l'ETP. - ils avaient le temps, les connaissances, la structure et la reconnaissance auprès des patients.
Les attentes des médecins généralistes	<ul style="list-style-type: none"> - une meilleure communication entre ville et hôpital sur le programme et les informations données à leur patient. - plus de reconnaissance et de soutien du médecin généraliste par l'hôpital. - un suivi par convocation des patients à de nouvelles séances d'éducation.

DISCUSSION

1. Atouts et limites de l'étude

1.1. Atouts de l'étude

Peu d'études ont exploré l'opinion des médecins généralistes sur un programme d'éducation après le passage d'un de leur patient. Cependant, depuis 2014, la HAS met en valeur ce point dans ses recommandations d'évaluation. La réalisation d'une étude qualitative permet d'étudier l'ensemble de l'impact du programme comme précisé dans le choix de la méthode. Elle peut permettre d'améliorer le programme et de réaliser une grille d'évaluation future.

La grande diversité des profils des médecins interviewés laissait une place aux catégories sous représentées d'un point de vue quantitatif. La réalisation de l'annuaire des médecins traitants avait en effet mis en évidence une sous-représentation des médecins en milieu rural.

La sélection des médecins sur ces critères de diversité a permis d'éviter les biais d'autres études sur le sujet de l'éducation thérapeutique régulièrement réalisées auprès de maîtres de stage ou de médecins sélectionnés par leur activité ou leur formation.

1.2. Limites de l'étude

1.2.1. Biais de sélection

Certains médecins ont été exclus en raison de l'impossibilité de réaliser des entretiens en raison d'une distance de plus de 60 Km du CHU.

D'autre part, nous avons déjà remplacé deux des médecins. Cette familiarité a pu modifier les réponses des médecins.

Comme précisé dans les résultats, deux médecins ont refusé de répondre trouvant le programme inutile. Leur avis aurait pu apporter un éclairage différent sur certains points. Mais notre présentation par téléphone semble avoir suggéré la nécessité d'un impact positif comme critère pour participer à l'étude.

1.2.2. Biais de recueil

1.2.2.1. Liés à l'enquêteur

Le fait que l'enquêteur était également un médecin généraliste est à prendre en compte. Certains médecins ont pu avoir des réticences à répondre en toute franchise de peur d'être jugés. D'un autre point de vue, cette proximité a pu aussi susciter une certaine confiance.

Il s'agissait de notre première enquête par entretiens semi-dirigés. Le déroulement et l'utilisation des techniques d'entretien n'ont certainement pas été optimaux. Lors de la transcription, il est apparu que nous avons tendance à intervenir un peu trop tôt ou à réorienter trop brutalement la conversation. Nous avons essayé d'améliorer ces points lors du déroulement des entretiens suivants.

1.2.2.2. Liés à l'enregistrement

Nous avons précisé aux médecins que les entretiens seraient enregistrés puis transcrits par nos soins sans intervention extérieure. Nous leur avons garanti l'anonymat. Cependant, certains médecins ont montré une certaine réticence à l'enregistrement. Même si aucun n'a en définitive refusé, la présence de l'enregistreur a induit une certaine retenue pour certains. M9 nous avait d'ailleurs demandé de couper l'enregistrement pendant quelques minutes.

1.2.2.3. Liés aux conditions d'entretien

Les entretiens se sont déroulés aux cabinets des médecins à l'heure qui leur convenait. L'interviewé était parfois dérangé par le téléphone ou par des personnes entrant dans la salle d'entretien. Ceci a pu perturber le schéma de pensée des intervenants et modifier le recueil de données.

Le temps disponible pour réaliser l'entretien a également joué un rôle sur son déroulement. Certains médecins m'ont reçu lors d'un créneau horaire de consultation, leur tension et la pression du retard se sont fait ressentir. L'entretien le plus court a été réalisé avec un médecin dont les premiers mots ont été «je n'ai que dix minutes pour manger alors on va faire vite».

1.2.3. Biais d'analyse

L'analyse a été réalisée par l'enquêteur et n'a pas été soumise à plusieurs analystes. Elle était donc soumise à l'interprétation. De plus, l'analyse a été conduite de façon simultanée aux entretiens. Cela a pu modifier les thèmes abordés lors des entretiens suivants et a pu limiter la liberté des médecins dans leurs discours.

2. Discussion des résultats

2.1. Échantillon

2.1.1. Taux de participation

La participation à l'étude a été de 85%. Ce fort taux de participation aide à la validation des résultats et de l'originalité de l'étude. Plusieurs des médecins ayant participé à notre étude auraient refusé de participer à un sondage ou à une étude proposée dans des conditions

différentes. Les médecins ont laissé entendre que plusieurs facteurs avaient suscité leur intérêt :

- le fait d'évoquer précisément un de leur patient.
- la proximité avec la situation de l'enquêteur.
- la reconnaissance des médecins envers leurs pairs lors de la réalisation de leur propre thèse.

2.1.2. Données démographiques

Par comparaison avec les données démographiques de 2014 en Aquitaine (33) :

- L'âge moyen dans notre étude était de 52,5 ans, légèrement supérieur à l'âge moyen des médecins généralistes d'Aquitaine. Cela peut s'expliquer par la proportion d'hommes dans notre échantillon. Les médecins hommes sont en moyenne plus âgés que les médecins femmes.
- Les femmes sont nettement sous représentées : 17% contre 42,4%. Ceci a pu influencer les résultats de notre étude. En effet, sur les 3 praticiens qui ont reçu une formation en ETP, deux sont des femmes.
- Notre échantillon est principalement urbain. Cela peut s'expliquer par le mode de recrutement du programme. En effet, les hospitalisations dans le service de cardiologie de Saint-André dépendent du lieu de vie du patient et sont liées au lieu d'exercice de son médecin.

2.2. Discussion des résultats de l'analyse qualitative

2.2.1. Impact du programme I-CARE

2.2.1.1. Effets sur les patients

Les médecins ont noté des points d'amélioration sur l'acceptation de la maladie, le respect des règles hygiéno-diététiques, la limitation des facteurs de risque et l'observance thérapeutique. Cependant, ils notaient, dans l'ensemble, une durée limitée des effets. Dans la synthèse de l'INPES intitulée « Éducation thérapeutique du patient : Modèles, pratiques et évaluation », les auteurs s'appuient sur deux revues de la littérature portant sur l'éducation thérapeutique dans le diabète pour mettre en évidence l'importance d'une intervention sur le long terme en ETP. «La durée totale des actions éducatives améliore les résultats et des interventions au long terme semblent requises pour une amélioration persistante de l'HbA1c» (30). L'Académie de médecine, dans un rapport de 2013 sur l'ETP, aborde le cas des programmes d'éducation thérapeutique ponctuels. «Il faudrait enfin se garder d'imaginer que le fait d'avoir une fois participé à un «Programme d'Éducation Thérapeutique» ponctuel est suffisant, en oubliant fondamentalement la nature évolutive des maladies chroniques et qu'aucune acquisition ne se fait du jour au lendemain» (34).

Il y a donc trois possibilités pour augmenter l'impact positif d'I-CARE sur les patients :

- favoriser la poursuite de l'éducation par les médecins traitants
- proposer de nouvelles journées au sein du programme
- organiser un relais par une autre structure ou éducateur libéral

Simultanément à notre travail, une étude quantitative auprès des patients d'I-CARE a été réalisée par Mlle ROUSSEL Annamaud (35). En se basant sur les 46 premières évaluations « I-CARE 3 » réalisées en moyenne 30 mois après le diagnostic éducationnel, cette étude mettait en évidence une amélioration significative du stade de dyspnée ($p=0,006$), du taux de BNP ($p=0,05$), de la VEFG (9,7%, $p<0,0001$), des œdèmes (Khi-2, $p=0,03$). Pour l'auto-

surveillance du poids, l'activité physique, la fatigue et le score de qualité de vie, l'auteur trouvait une amélioration mais statistiquement non significative.

Parmi les patients évalués, 6 sont suivis par les médecins que nous avons interrogé. Nous avons réalisé un tableau comparatif entre les avis des médecins et les résultats correspondants de cette enquête.

médecin	avis synthétique du médecin	variation patients
M14	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de l'exogénose - Prise de poids après quelques temps 	<ul style="list-style-type: none"> - Poids : 104 à 110 - FEVG : 40 à 55 - Alimentation moins salé - Se pèse plus souvent
M12	<ul style="list-style-type: none"> - Perte de poids - Surveille son poids - Plus stable - Plus concerné 	<ul style="list-style-type: none"> - Poids : 103 à 85 - FEVG 40 a 45 - Se pesait déjà tous les jours - Pas de ré hospitalisation
M15	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'effet 	<ul style="list-style-type: none"> - Poids : 48 à 48 - FEVG 35 a 54 - Fatigue plus vite - Pas d'autre changement
M13	<ul style="list-style-type: none"> - Plus observant - Se prend mieux en charge - Rassuré - Persistance d'un problème de poids 	<ul style="list-style-type: none"> - Poids : 106 à 111 - FEVG : 36 à 37 - Alimentation moins salée - Score de motivation et de confiance augmenté de 8 à 10
M17	<ul style="list-style-type: none"> - Marche. - S'est senti mieux pendant un temps. - Avait perdu du poids mais a repris. 	<ul style="list-style-type: none"> - Poids : 91 à 110 - FEVG : 40 à 54 - Fait plus d'activité physique - Gère mieux le sel
M16	<ul style="list-style-type: none"> - A été rassuré 	<ul style="list-style-type: none"> - FEVG : 39 à 53 - Alimentation moins salée - Amélioration du Score de qualité de vie (Minnesota) de 29 à 24.

Les médecins semblent réaliser naturellement une évaluation pertinente lors de leur consultation qui pourrait permettre une meilleure prise en charge des patients par le service si un retour d'information pouvait être organisé. On notera qu'aucun médecin n'a abordé le sujet de la FEVG. Pourtant, dans l'étude de Mlle Roussel, la FEVG est un des critères les plus positivement impacté par le programme. Une meilleure communication sur ce sujet pourrait renforcer l'image positive de l'ETP auprès des médecins.

Il s'agissait de patients vus en évaluation, donc peut-être davantage motivés, et communiquant plus sur le sujet que la moyenne. Il serait nécessaire d'effectuer une recherche plus spécifique sur le sujet.

2.2.1.2. Effet sur la pratique des médecins

Les effets semblaient assez faibles sur les modifications de pratique du médecin et la relation médecin-patient. Toutefois, aucun effet négatif n'a été cité. Aucune étude quantitative n'apporte d'éclairage. Les données des études qualitatives sont contradictoires montrant soit une modification positive de la relation médecin-patient (36) soit pas de modification (37).

Ce constat peut être mis en relation avec le faible retour direct des patients sur le programme auprès de leur médecin. En effet, peu de patients avaient spontanément évoqué leur passage dans le programme. Ces résultats sont comparables à une étude publiée dans la revue du praticien en 2006 (38).

Il existe un paradoxe. L'ETP a pour but de favoriser l'implication du patient et de favoriser les échanges avec les professionnels de santé mais les patients ne parlent pas du programme à leur médecin généraliste. Ce point nous permet d'envisager des solutions pour améliorer l'impact d'I-CARE.

2.2.2. Coordination et communication entre ville et hôpital

Les médecins de notre échantillon montraient une confiance dans les programmes hospitaliers. L'hôpital avait, pour eux, des équipes pluridisciplinaires avec la pédagogie, le temps, les moyens et l'organisation pour prendre en charge leurs patients. D'ailleurs, dans nos résultats les échecs sont alloués aux patients et non au programme.

Ces résultats sont contraires à une étude de 2006 (38). Elle montrait des médecins méfiants envers les éducateurs et leurs compétences, n'incitant pas leur patient à participer aux programmes. L'évolution de pensée des médecins avec le nombre croissant de patients ayant bénéficié d'une ETP hospitalière en huit ans peut-elle expliquer ce changement d'orientation ? Ou ces réponses sont elles liées à un biais de l'étude ?

Le principal reproche fait était le manque d'ouverture de l'hôpital et de communication. C'est un sujet régulièrement évoqué par les médecins généralistes dans les études d'opinions (39,40). La thèse du Dr Jourdain J. soutenue en 2009 à propos du CHU de Poitiers conclut que «La qualité des soins prodigués est appréciée mais il est dénoncé une carence [...] sur le suivi du patient et surtout dans la communication interprofessionnelle» (41).

Dans notre étude, certains médecins abordaient la crainte de se faire «voler le boulot» mais on remarque qu'il s'agissait de suppositions concernant d'autres médecins et pas leur impression personnelle. Dans le rapport de la HAS (42), ce sont les promoteurs des différents réseaux qui ont ce sentiment. Dans un article de 2009 sur le programme d'éducation pour les patients atteints de maladies cardio-vasculaires mis en place par la MSA (43), ce sont les auteurs qui évoquent ce risque. Au final, aucune étude d'opinion n'a révélé que ce ressenti était réel chez les médecins.

On trouvait dans notre étude une très faible connaissance du programme et de son déroulement. Certains médecins évoquaient des difficultés à connaître les programmes pouvant recevoir leur patient. Il s'agit ici d'un véritable frein au développement des

programmes d'ETP. L'ARS Aquitaine a mis à disposition la liste des programmes d'ETP autorisés en Aquitaine (44). L'ensemble des actions en éducation est aussi consultable sur le site OSCARS (Observatoire et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé) (45), mais ces ressources n'ont pas été citées par les médecins.

L'importance de la communication permettant d'accorder le discours tenu au patient et d'entretenir la confiance dans les soignants était primordiale pour les médecins généralistes. Nous proposerons des moyens pour améliorer cette communication dans la troisième partie de cette discussion.

2.2.3. L'ETP en médecine générale

2.2.3.1. Le rôle du médecin généraliste

Dans son rapport de 2009 sur l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours (27), le Haut conseil de la santé publique décrit 5 typologies pour le médecin généraliste :

1-Le médecin généraliste prescrit l'éducation thérapeutique et délègue cette activité à d'autres professionnels.

2-Le médecin généraliste initie ou réalise le bilan éducatif partagé (ou le diagnostic éducatif) puis oriente le patient.

3-Le médecin généraliste aménage des consultations entièrement ou partiellement dédiées à l'éducation thérapeutique.

4-Le médecin généraliste anime également des séances collectives d'éducation thérapeutique.

5-Le médecin généraliste n'opère pas de distinction formelle entre ses activités de soin et d'éducation : la relation qu'il établit avec les patients et sa manière de délivrer les soins sont éducatives en elles-mêmes, ce qui n'exclut pas qu'il oriente les patients vers telle ou telle prestation éducative spécifique.

Les médecins qui constituent notre échantillon s'orientaient plutôt vers les rôles N°1 et N°5. Ce sont les rôles qui nécessitent le moins de coordination et d'implication. Les médecins voulaient déléguer vers des programmes hospitaliers, des équipes mobiles d'ETP ou encore vers les infirmières libérales ou les diététiciens. On rejoint ici les résultats de plusieurs études. Une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2001 (46) a été réalisée auprès de plus de 1800 médecins généralistes de cinq régions françaises. Il apparaît que 8 médecins sur 10 sont prêts à déléguer l'ETP à des paramédicaux mais aussi que les trois quarts seraient prêts à réaliser des actions d'ETP à condition d'une formation et rémunération adaptée.

Nos résultats montrent aussi que les médecins ne se sentaient pas les mieux placés pour adresser les patients même si certains auraient aimé le faire. Ce ressenti se retrouve dans la pratique. Les expériences de réseau dont l'inclusion dépend uniquement des médecins traitants présentent des difficultés de recrutement comme le souligne l'HAS dans son analyse économique et organisationnelle sur l'ETP en 2007 (42). Certains médecins préféraient donner ce rôle aux cardiologues mais cela risque d'exclure de nombreux patients puisque près de 40% des patients en ALD pour insuffisance cardiaque n'ont pas vu de cardiologues dans l'année (5).

Pour justifier le choix, les médecins interrogés évoquaient leur crainte d'adresser inconsciemment les patients qui sont déjà les plus compliants. Ils évoquaient aussi leurs difficultés pour adresser des patients. Nous essaierons d'améliorer ce point dans nos propositions.

L'Académie de médecine décrit les risques potentiels d'un recrutement par les médecins généralistes. «L'offre en ETP reste en effet restreinte. Compte tenu de l'hétérogénéité de la conception de file active, il est aujourd'hui impossible de dire quelle est la proportion de patients bénéficiant de cette approche. De plus, on ne sait pas si les actions d'éducation touchent réellement ceux qui en ont le plus besoin ou si ce ne sont pas plutôt les patients «volontaristes», déjà engagés dans la gestion de leur maladie, qui en bénéficient le plus. Les

« Programmes d'Éducation Thérapeutique » risquent de tomber sur le même écueil que les réseaux de patients, ne s'adressant en fait qu'à une minorité, avec même le risque d'aggraver les inégalités devant la maladie (si ceux qui y ont accès sont ceux qui en ont le moins besoin) et de détourner les médecins généralistes de l'ETP (du fait de la lourdeur des procédures administratives pour y accéder). Contourner cet écueil représente sans doute le véritable enjeu de l'organisation de l'ETP» (34).

2.2.3.2. Connaissance de l'ETP

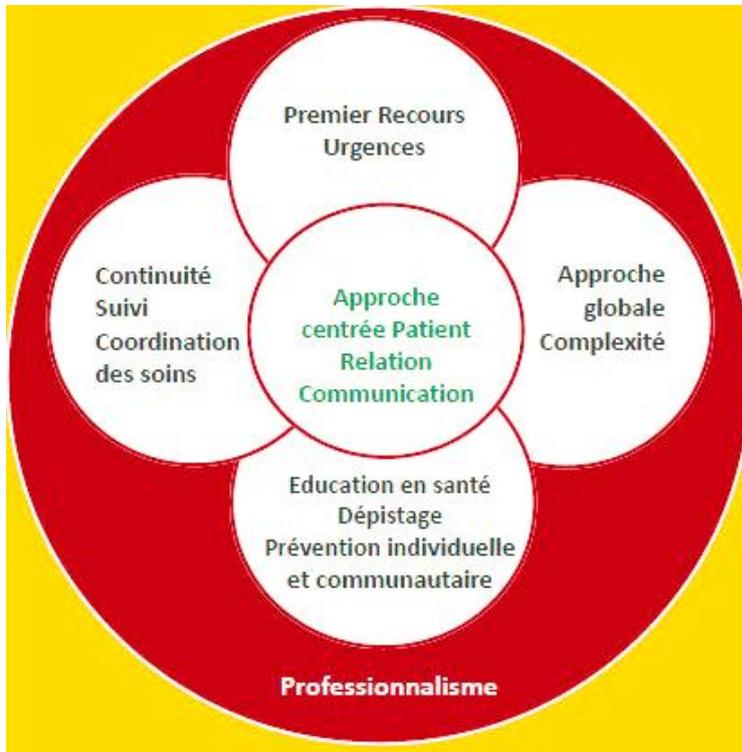
Dans notre étude, 12 des médecins disaient avoir un rôle dans l'ETP. Lors des entretiens, nous avons pu comprendre que les médecins, en dehors de ceux ayant reçu une formation spécifique, connaissaient mal le concept. Ils nous parlaient de conseils, de connaissances transmises mais aucun n'évoquait des compétences à développer chez leur patient.

Dans une étude de 2007, 97% des généralistes disaient pratiquer l'éducation thérapeutique ; 57 % la définissaient comme un enseignement concernant majoritairement le savoir (42). Dans le Baromètre santé Inpes, 2009, 96% des 2000 médecins généralistes déclaraient informer et conseiller les patients atteints de maladie chronique, alors que seuls 34% déclaraient mettre en œuvre des activités éducatives (47). La superposition de ces résultats montre clairement un défaut de connaissance dans les concepts de l'ETP.

Pourtant les bases théoriques de l'ETP intégrée aux soins recourent celles de la médecine générale. Pour la HAS, une ETP intégrée aux soins :

- est complémentaire et indissociable des traitements et des soins, du soulagement des symptômes en particulier de la douleur, et de la prévention des complications
- tient compte des besoins spécifiques, des comorbidités, des vulnérabilités psychologiques et sociales et priorités définies avec le patient.

Cette ETP est donc implicite au sein des 6 compétences du médecin généraliste définies en 2002 par la WONCA (The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) (50).



CNGE, 2009

La connaissance et la pratique de l'ETP devrait donc se développer dans les années à venir en raison de la formation des jeunes médecins généralistes amenés lors de leurs études à travailler sur ces compétences.

Le programme I-CARE peut-il contribuer au développement des connaissances des médecins généralistes en ETP ? Selon une thèse réalisée en 2012 par le Dr Normand Y, Il existe un impact formateur des courriers des spécialistes reçus par les généralistes (49). Nous travaillerons sur le courrier dans ce but lors de nos propositions.

2.2.3.3. Freins à la pratique de l'ETP en médecine générale

2.2.3.3.1. Doute sur l'efficacité, temps, formation et rémunération

Le premier de ces freins a été évoqué précédemment, il s'agit du manque de connaissances du concept de l'ETP. Notre étude retrouvait aussi les principaux freins déjà connus à la réalisation de l'ETP en médecine générale (27). Dans une étude de 2010 de l'URML Midi-Pyrénées réalisée auprès de 167 médecins généralistes, les freins cités sont le manque de temps (130 citations), le manque de financement adapté (70 citations), le manque de connaissances et de formations (69 citations). Le manque de lisibilité sur l'impact de l'ETP était cité 32 fois (50). Ce doute exprimé par les médecins sur l'efficacité de l'éducation thérapeutique est aussi un frein parfois évoqué dans la littérature.

Le manque de temps est un sujet qui a fait le sujet de nombreuses recherches. Selon une revue de la littérature présentée par santé canada dans son «guide de ressources», les médecins pouvaient apprendre et utiliser des compétences pour une meilleure communication sans allonger la durée des consultations (51).

En ce qui concerne la rémunération, depuis la loi HSPT de 2009, seuls des programmes validés et évalués peuvent espérer un financement. Aucun financement n'est envisagé pour la réalisation de l'ETP par le médecin traitant. Bien au contraire, on rémunère le médecin sur la base d'objectifs chiffrés et sur l'importance de son activité à l'opposé d'une démarche centrée sur le patient comme le montre la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP).

2.2.3.3.2. *Relation médecin-patient*

Le médecin

Les médecins interrogés avaient encore parfois une attitude paternaliste envers leur patient. Cette relation peut apparaître comme naturelle. En effet, par l'action de venir consulter et de demander de l'aide à son médecin, le patient se trouve dans une position de soumission. Ce sentiment est renforcé par l'autorité légitime des médecins à examiner et interroger le patient. Mais elle nuit à la pratique de l'ETP.

Cette attitude du médecin peut aussi être liée à sa personnalité et à ses compétences préexistantes à sa formation. Dans un récent état des lieux sur l'ETP, l'Académie de médecine précise : «Le processus de sélection des étudiants à l'issue de la première année d'études sur des bases essentiellement scientifiques n'est pas favorable à ce que la majorité des futurs médecins disposent des qualités nécessaires à une pratique humaniste de la médecine et à l'intégration d'une réelle ETP dans les pratiques de soins» (34).

Ainsi lors de son exercice futur, le médecin retranscrit sa démarche d'expert scientifique : « Dans la toute puissance du désir de convertir le patient à l'adoption de règles de «bonne santé», il soumet le patient et sa famille à la violence de l'expert en santé, ne laissant que peu de place à l'expression de leurs savoirs. Pour sortir d'une telle position dogmatique et concevoir l'éducation thérapeutique dans une culture du débat dans laquelle les savoirs d'expérience des patients sont reconnus, le soignant «ne peut faire l'économie d'un retour sur soi» (30).

L'étude ENTRED : « Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques » de 2007-2010 est une étude nationale sur plus de 9000 patients financée par la HAS et l'Inpes sur le sujet du diabète. Le module information et éducation met en évidence une dissonance dans le couple médecin-malade. Les médecins vivent plus souvent la relation sur un mode de partage de la décision alors que les patients la ressentent sur un mode prescriptif (52).

Pour développer l'éducation thérapeutique en médecine générale il faut donc modifier la posture du médecin dans son rapport au malade et encourager la réflexion sur sa pratique.

Le malade

Les médecins interrogés incriminaient souvent le patient et son manque de motivation dans l'échec de l'éducation. Pourtant, ils pensent majoritairement que l'éducation doit être proposée à tous. Dans l'enquête de 2010 de l'URML Midi-Pyrénées, 70% des médecins ont cité le malade comme frein à l'ETP (50).

La réalisation du programme I-CARE ne semblait pas avoir modifié cette vision des médecins. Cependant, lors des entretiens, deux médecins ont pris conscience des actions entreprises par leurs patients et de leurs motivations.

Une étude ethnosociologique réalisée en 2005 auprès de 42 patients diabétiques avec observation directe des comportements au domicile a mis en évidence une discordance entre le quotidien réel du patient et ce qu'il en transmettait au professionnel de santé une fois en dehors de son environnement. «Les résultats permettent de déconstruire quelques mythes véhiculés par le sens commun (le malade passif, peu motivé, non «cortiqué»...) en montrant d'une part que toutes les personnes présentant un diabète, quelles qu'elles soient, se questionnent et cherchent à améliorer leur état de santé» (34).

Il apparaît donc nécessaire d'encourager les patients à mieux communiquer avec leur médecin. En modifiant leur discours, on peut espérer influencer sur le regard des médecins et leur propre approche de la relation médecin-malade pour favoriser l'ETP.

3. Mise en pratique des résultats

Notre étude a permis de réaliser une évaluation du programme I-CARE et d'entendre les attentes des médecins généralistes. A partir de ces données, nous allons rechercher des voies d'amélioration.

3.1. Renforcer le rôle du médecin traitant

Les médecins insistent sur la nécessité de convergence des discours. Ils souhaitent être soutenus par les éducateurs et confortés dans leurs actions.

Nous proposons donc que :

- les éducateurs soient concernés par cette problématique pour éviter d'émettre un avis négatif devant le patient (verbalement ou non-verbalement).
- dès le premier entretien, l'éducateur explore la vision du patient sur ses représentations du discours et du rôle de son médecin traitant.
- ces conclusions soient connues de toute l'équipe à l'arrivée du patient pour sa première journée d'éducation.

3.2. Améliorer la communication entre le patient et son médecin

Nous proposons que :

- l'équipe insiste auprès du patient sur l'importance d'évoquer avec leur médecin leur participation au programme.
- l'équipe encourage les patients à parler de leurs décisions, de leurs changements d'habitude ou de leurs objectifs.
- il soit ajouté une intervention sur la communication avec les soignants.

- la plaquette (Cf. 3.3) soit confiée au patient afin qu'il la remette à son médecin et par ce geste initie la conversation sur l'ETP.

3.3. Communiquer sur le programme, faciliter les échanges et promouvoir l'ETP

Nous avons mis au point avec l'équipe du service «une plaquette de présentation» à l'attention des médecins traitants (Cf. Annexe 5). Cette plaquette tente de répondre aux demandes des médecins de l'enquête. De plus, nous avons essayé de réfléchir à l'impact formateur de cette plaquette. Les objectifs sont donc :

- Expliquer le déroulement du programme
- Présenter les intervenants
- Faciliter le contact avec l'équipe
- Faciliter l'adressage des patients
- «ouvrir» l'hôpital aux médecins généralistes en les invitant à découvrir le service et à participer aux ateliers
- Proposer un suivi du patient
- Promouvoir l'ETP

Pour faciliter le contact avec le service, une adresse mail dédiée va être créée. Cette adresse sera accessible à toute l'équipe. En effet, l'adresse professionnelle d'un des membres de l'équipe était utilisée mais tous les membres ne pouvaient pas y accéder.

Pour promouvoir l'ETP, nous avons ajouté une courte présentation de l'ETP et de son efficacité.

Tout en essayant de promouvoir l'ETP auprès des médecins généralistes, il faut offrir une opportunité à tous les patients. Certains médecins sont réticents à pratiquer l'ETP mais acceptent d'adresser. Nous avons donc proposé des moyens simples pour adresser leur

patient par mail et par fax. Avec les coordonnées du patient, un des membres de l'équipe contacte ensuite le patient pour organiser le 1^{er} entretien.

En ce qui concerne le suivi, depuis l'an dernier, une évaluation appelée I-CARE 3 a été testée et va être généralisée cette année. Il s'agit d'une proposition pour participer à une journée d'évaluation à distance de la fin du programme. En moyenne, les patients ont été revus à 30 mois du 1^{er} entretien. A partir de cette année, il est proposé au patient de les revoir à un an. La date est fixée avec le patient à la fin du programme. Un rappel téléphonique est effectué quelques semaines avant pour confirmer le rendez-vous.

Il faudra toutefois réfléchir à la capacité d'accueil du programme. Entre le recrutement par les généralistes et les évaluations, le risque est de saturer le programme. En effet, l'avantage d'un recrutement hospitalier est d'éviter un biais de sélection et de pouvoir éduquer des patients qui échappent au système de santé classique.

Deux méthodes peuvent être envisagées pour la transmission de la plaquette :

- Par le patient, à la fin du programme
- Avec le courrier adressé au médecin

De notre point de vue en tant que médecin remplaçant, le mieux serait de la donner au patient. En effet lorsqu'un patient amène un courrier au médecin, ce dernier aura toujours tendance à le lire devant lui. A l'inverse si cette plaquette est envoyée en même temps que le courrier, le médecin peut s'en désintéresser pour se concentrer directement sur ce dernier. La lecture du courrier peut alors entraîner une discussion sur le sujet.

De plus, les conséquences ne sont pas trop importantes car les médecins n'ont en général qu'un seul patient à I-CARE. Ils ne recevront donc en moyenne qu'une seule fois la plaquette. Cette solution serait plus difficile à accepter si le médecin avait de nombreux patients dans le même programme.

3.4. Améliorer la transmission d'information par le courrier

3.4.1. Envoi du courrier

Le programme I-CARE a évolué depuis sa création. Un courrier est à présent systématiquement envoyé au médecin traitant. Dans notre étude, seuls 12 médecins sur 18 disaient avoir reçu le courrier et lors de nos travaux préliminaires, nous avons noté que de nombreux dossiers ne faisaient pas mention du médecin traitant du patient (souvent les dossiers les plus anciens mais aussi certains dossiers récents). De plus, lors des appels téléphoniques, plusieurs médecins n'étaient plus le médecin traitant.

On peut noter que dans l'annexe 1 - principales rubriques du dossier d'éducation thérapeutique - de son guide, la HAS ne fait pas mention de l'identité du médecin traitant.

Nous proposons que le nom du médecin traitant soit systématiquement vérifié à l'arrivée du patient.

3.4.2. Reconnaissance du courrier

Notre étude a montré que les médecins confondaient le courrier d'I-CARE avec celui d'hospitalisation. Ils n'étaient pas facilement différenciables.

En effet, le modèle imprimé du courrier est le même que pour celui d'hospitalisation. Il s'agit du modèle standard du CHU de Bordeaux.

Nous proposons d'identifier les courriers d'ETP du programme par un entête spécifique. Cette idée va être proposée au niveau administratif.

3.4.3. Contenu du courrier

Nous avons cherché à améliorer le courrier pour répondre aux attentes des médecins généralistes. Ils nous ont donné des pistes sur le contenu : diagnostic éducationnel initial, objectif atteints et non atteints, principales erreurs, objectifs si possible chiffrés à suivre par le médecin traitant. Peu d'informations sur la forme du courrier (longueur, mise en page) sont présentes. Nous avons donc complété et recoupé nos données avec la littérature.

Sur le fond, la thèse du Dr BOTELLA C. sur la coordination entre médecin généraliste et le service de diabétologie de La Pitié Salpêtrière (39) conclut que les médecins souhaitaient «la mention d'un plan personnalisé de santé avec des propositions ciblées adaptées au patient dans la conclusion du compte rendu : objectif d'hémoglobine glyquée, modifications alimentaires, propositions d'activité physique, adaptation du traitement».

Sur la forme, il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude sur le courrier après participation à un programme d'éducation thérapeutique. Nous nous baserons donc sur les études réalisées sur des courriers de sortie d'hospitalisation. Deux outils semblent exploitables pour améliorer l'attractivité et la lisibilité de notre courrier. Premièrement, il existe une préférence des médecins généralistes pour les courriers hiérarchisés par rubriques plutôt que de style narratif (53). Deuxièmement, dans la thèse de 2012 «Continuité des soins à la sortie du service de gériatrie : étude sur les attentes des médecins généralistes pour optimiser le compte rendu d'hospitalisation» réalisée par le Dr Bureau M-L, un des critères de qualité des courriers retenu est de mettre en surgras les points essentiels du compte rendu (54).

A partir de ces données, nous avons réalisé un modèle de courrier organisé par rubriques et répondant aux attentes des médecins. Les différentes rubriques sont :

- diagnostic initial
- objectifs atteints

- objectifs non atteints
- conseils donnés personnellement aux patients
- suggestions de sujets à aborder ou d'objectifs à suivre

Dans cette dernière rubrique, l'équipe proposera des objectifs ou des éléments de suivi concrets rapidement abordables au cours d'une consultation. Les points essentiels seront en surgras.

Ce modèle constitue l'annexe 6.

Il n'est pas toujours possible de rédiger le courrier le jour du programme. De plus, les éléments constitutifs du courrier sont issus d'une synthèse d'équipe. Afin de faciliter la rédaction par le Dr Coulon, l'ensemble des éléments sera consigné dans le dossier patient sur une page de synthèse créée à cet effet.

Le courrier de l'évaluation «I-CARE 3» devra insister sur les objectifs atteints et les modifications mises en place par le patient. L'utilisation de comparaison de valeurs chiffrées, comme la FEVG ou le BNP, pourrait améliorer l'image de l'ETP et apporter des preuves de son efficacité aux médecins généralistes.

3.5. Au delà d'I-CARE : faciliter l'accès aux programmes d'ETP

Le site OSCARS (Observatoire et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé) (45) est une base de données performante et complète. Cependant, elle ne correspond pas à l'utilisation que peut en avoir un médecin généraliste. Il s'agit bien d'un outil de pilotage et de suivi des programmes de santé.

Il permet de trouver un programme adapté à son patient mais de façon peu efficace en termes de temps. Il ne répond pas aux questions du médecin généraliste : quand et comment adresser un patient ?

Il pourrait être utile de créer un annuaire plus simple d'accès dont les informations sont moins administratives mais plus utilisables au quotidien par les médecins généralistes. Un lien pourrait être inscrit dans l'ensemble des courriers d'ETP.

CONCLUSION

Selon l'opinion des médecins traitants, le programme d'éducation thérapeutique en insuffisance cardiaque du CHU de Bordeaux, I-CARE, a un impact positif sur leurs patients et parfois sur leurs pratiques. Ils sont dans l'ensemble satisfaits de ce programme. Cependant, les médecins généralistes sont encore trop peu investis dans l'ETP en tant qu'éducateur mais aussi prescripteur d'ETP. Malgré le respect d'un modèle bio-psycho-social centré sur le patient, les médecins généralistes réalisent peu de transmissions de compétences et de pouvoir vers le patient. De nombreux freins tels que le manque de temps, de formation, de reconnaissance, de financement s'opposent au développement de l'ETP. Les politiques économiques de santé actuelle en médecine générale auraient plutôt tendance à éloigner les médecins de cette pratique.

Notre étude met en évidence un défaut de communication entre l'hôpital et les médecins généralistes. Les programmes hospitaliers pourraient davantage promouvoir le transfert de leurs connaissances et compétences en ETP vers les médecins traitants.

Notre travail a permis de proposer des modifications du programme et des outils à disposition de l'équipe d'I-CARE. Ces outils doivent permettre de mieux communiquer avec les médecins généralistes afin de les aider dans leur rôle de médecin coordinateur, éducateur et prescripteur d'ETP. L'impact de ces outils reste toutefois à être évalué.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2012;33:1787–1847.
- 2- De Peretti C, Pérel C, Tuppin P, Iliou MC, Juillière Y, Gabet A, *et al.* Prévalences et statut fonctionnel des cardiopathies ischémiques et de l'insuffisance cardiaque dans la population adulte en France : apports des enquêtes déclaratives « Handicap-Santé ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2014;(9-10):172-81. [En ligne] disponible sur http://www.invs.sante.fr/beh/2014/9-10/2014_9-10_3.html
- 3- Saudubray T, Saudubray C, Viboud C, et al. Prévalence et prise en charge de l'insuffisance cardiaque en France : Enquête nationale auprès des médecins généralistes du réseau Sentinelles. *La Revue de médecine interne (Paris)*. 2005;26(11):845-850.
- 4- Norton C, Georgiopoulou VV, Kalogeropoulos AP, Butler J. Epidemiology and cost of advanced heart failure. *Prog Cardiovasc Dis*. oct 2011;54(2):78-85
- 5- HAS. Point de repère N°38 - insuffisance cardiaque. [En ligne] disponible sur <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/points-de-repere/n-38-insuffisance-cardiaque.php>
- 6- France. Pérel C, Chin F, Tuppin P, Danchin N, Alla F, Juillière Y, De Peretti C. Taux de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque en 2008 et évolutions en 2002-2008. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, N°41 (nov. 2012).-pp. 466-470.[En ligne] disponible sur http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=8560
- 7- Heidenreich PA, et al. Forecasting the future of cardiovascular disease in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2011;123: 933 - 944. [En ligne] disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21262990>

- 8- Schaufelberger M, Swedberg K, Köster M, Rosén M, Rosengren A. Decreasing one-year mortality and hospitalization rates for heart failure in Sweden ; Data from the Swedish Hospital Discharge Registry 1988 to 2000. Eur Heart J. févr 2004;25(4):300 – 307
- 9- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- 10- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Bureau régional pour l'Europe. Éducation thérapeutique du patient : Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS. Copenhague : OMS ; 1998, 57 p
- 11- Loi 2004-806 du 9 Aout 2004 relative à la politique de santé publique
[Enligne] disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=&categorieLien=id>
- 12- Loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. [En ligne] disponible sur
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=&categorieLien=id>
- 13- HAS Education thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation. Haute Autorité de santé (HAS), juin 2007. [En ligne] disponible sur
http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
- 14- Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. NOR : SASX0822640L. [En ligne] disponible sur
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
- 15- Krumholz HM, Amatruda J., Smith GL. , et al. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. J am coll cardiol 2002; 39:83-9

- 16- Roccaforte R, Demers C, Baldassarre F, Teo KK, Yusuf s. Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. Eur J Heart fail. 2005 dec;7(7):1133-1144
- 17- Seronde M-F, Nicolas M, Descotes-Genon V, Chopard R, Dutheil J, Briand F, Bernard Y, Schiele F. Effet d'un programme d'éducation thérapeutique sur la qualité de vie des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique. Résumé n°043. Symposium HAS-BMJ, 19 avril 2010. [En ligne] disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/symphas-bmj_co043.pdf
- 18- Juillièrè Yves. ODIN Actualités sur les grands essais cliniques (partie II). JE SFC Paris, 14 janvier 2011.
- 19- Jourdain P, Juillièrè Y. Therapeutic education in patients with chronic heart failure: Proposal for a multiprofessional structured programme, by a French Task Force under the auspices of the French Society of Cardiology. Arch Cardiovasc Dis. 2011;104:189-201.
- 20- Task force for the diagnosis and treatment of Acute and Chronic heart Failure. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. Eur Heart J. 2008;29:2388-2442
- 21- The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. Eur Heart J. 2012;33:1787-1847
- 22- guide has, liste des actes et prestations ALD : insuffisance cardiaque systolique. février 2012. [En ligne] disponible sur: http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste_ald_insuf_card_systolique.pdf
- 23- Juillièrè Y, Jourdain P, Roncalli J et al. Education thérapeutique des patients insuffisants cardiaques: le programme I-CARE. Arch mal Cœur 2005 Apr ;98(4) :300-07

- 24- Juilliere Y, Trochu JN, Jourdain P et al. Creation of standardized tools for therapeutic education specifically dedicated to chronic heart failure patients : the French I-CARE project. *Int J Cardiol.* 2006 Nov;113(3):355-63
- 25- HAS. Évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : une démarche d'auto-évaluation. Guide méthodologique pour les coordonnateurs et les équipes. Mai 2014. [En ligne] disponible sur <http://www.has-sante.fr>
- 26- Bourdillon F, Collin J-F. Dix recommandations pour le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient en France. Note de la Société Française de Santé Publique, 2008, 13 p.
- 27- L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Haut conseil de la santé publique, 2009, 36 p. [En ligne] disponible sur : www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_edthsoprre.pdf
- 28- Pouchain D, Attali C, de Butler J et coll. CNGE. Médecine générale, concepts et pratiques. Masson. Paris; 1996.
- 29- THOMAS Caroline. « Enquête de faisabilité d'un diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale ». Thèse de médecine générale. Sous la direction du Pr. Pathak Atul, université Toulouse III, 2014. [En ligne] disponible sur <http://thesesante.ups-tlse.fr/395/1/2014TOU31022.pdf>
- 30- Foucaud J, Bury J.A, Balcou-Debussche M, Eymard C. Education thérapeutique du patient : Modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 412 p. <http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1302.pdf>
- 31- Gay B, Demeaux J-L, Marty M-L. Éducation thérapeutique du patient en médecine générale. L'étude ETHICCAR : faisabilité et évaluation chez le patient à risque cardiovasculaire. *Médecine.* volume 5, numero1, janv 2009.

- 32- Deccache A. Evaluer la qualité et l'efficacité de la promotion de la santé : approches et méthodes de santé publique et de sciences humaines. *Promotion & Education* 1997 ; 4 :10-14 .
- 33- DREES. La démographie des médecins (RPPS) 2014. [En ligne] disponible sur <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=523>
- 34- Académie de médecine. L'éducation thérapeutique du patient, une pièce maitresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine. 2013.
- 35- Roussel A. sous la direction du Dr Gosse P. Evaluation de l'efficacité d'un programme d'éducation thérapeutique chez les insuffisants cardiaques : le programme I-CARE à l'hôpital saint André de Bordeaux. Thèse de médecine générale. Université de Bordeaux.
- 36- Darricau V. sous la direction du Dr Le Vaillant. Evolution du regard du médecin généraliste sur sa relation avec le patient ayant suivi un protocole d'éducation thérapeutique du patient asthmatique. Thèse de médecine générale. Université de Nantes.2013
- 37- Peccoux-Levorin C. sous la direction du Pr Halimi S. Analyse des déterminants de l'implication des médecins généralistes dans l'éducation thérapeutique du diabète de type 2 et de l'apport d'une structure éducative mise en place dans un territoire de santé. Thèse de médecine générale. Université de Grenoble.2011.
- 38- Bataillon R, Samzun JL, Levasseur G. Comment améliorer la prévention en médecine générale ? *La Revue du Praticien Médecine Générale*. 2006;20(750/751):1313-6
- 39- BOTELLA C sous la Direction du Dr BOSQUET F. Amélioration de la coordination de soins entre les médecins généralistes et un service de diabétologie concernant les patients diabétiques. Thèse de médecine générale. Université Paris XI. 2012.
- 40- François P. Etude d'image : le CHU de Grenoble vu par les médecins généralistes. CHU de Grenoble, France .2010

- 41- Jourdain J. sous la direction du Pr Paccalin M. A propos de la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de l'hôpital. Enquête concernant le CHU de Poitiers. Thèse de médecine générale. Université de Poitiers. 2009.
- 42- Haute Autorité de Santé. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. Analyse économique et organisationnelle. Paris : HAS ; 2007. <http://www.has-sante.fr>.
- 43- Crozet C, Van Bockstael V, Devos J, d'Ivernois J-F. Évaluation d'un programme national en France d'éducation thérapeutique pour des patients du régime agricole atteints de maladies cardio-vasculaires. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2009; 1(1): 33-38.
<http://www.ipcem.org/RESSOURCES/PDFress/tpe0904-1.pdf>
- 44- Liste des programmes d'éducation thérapeutique. ARS Aquitaine.
http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/04_PS_Struct_sante/402_Educ_therapeutique/Prog_Autorises_30062014.pdf
- 45- Outils de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé (OSCARS). Comité régional d'Education pour la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur.
Ressource électronique : <http://www.oscarsante.org/>
- 46- Araponaris A, Guerville MA, Cabut S, et al. Éducation thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile: Opinions et pratiques des médecins généralistes libéraux dans cinq régions françaises. *DREES, Études et Résultats*, 2011, n° 753, 8 p
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er753.pdf>
- 47- INPES. Baromètre santé médecins généralistes 2009. [En ligne] disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
- 48- La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. WONCA Europe 2002. [En ligne] disponible sur :
http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_files/file_manager/congres_clermont_2013/Definition_Europeenne_de_la_Medecine_Generale_Wonca_Europe_2002.pdf

- 49- Normand Y. sous la direction du Dr Jung G. Le courrier du spécialiste au médecin traitant : en quoi est-il informatif pour le médecin généraliste. Thèse de médecine générale. Université d'Amiens.2012.
- 50- URML Midi-Pyrénées. Pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées. 2010.
- 51- Santé Canada. Outils de communication II. Guide de ressources. Ottawa, 2001, 31 p
http://pmb.santenpdc.org/opac_css/doc_num.php?explnum_id=2815
- 52- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Fournier C., Chabert A et al. Etude ENTRED 2007-2010 (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques traitées). Résultats du module « information et éducation » Rapport concernant : l'information et l'éducation reçues par les personnes diabétiques, les pratiques éducatives des médecins, ainsi que les attentes des personnes diabétiques et des médecins. Saint-Denis, 2011, 54 p.
<http://www.inpes.sante.fr/etudes/pdf/rapport-entred.pdf>
- 53- van Walraven C, Duke SM, Weinberg AL, Wells PS. Standardized or narrative discharge summaries, which do family physicians prefer? Can Fam Physician 1998;44:62-69
- 54- Bureau M-L sous la direction du Pr PACCALIN M. Continuité des soins à la sortie du service de gériatrie : étude sur les attentes des médecins généralistes pour optimiser le compte rendu d'hospitalisation. Thèse de médecine générale. Université de Poitiers.2012.

ABREVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée

ARS : Agence Régionale de Santé

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ESC : European Society of Cardiology

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FEVG : fraction d'éjection du ventricule gauche

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST (loi) : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

I-CARE : (Insuffisance cardiaque : éduCation théRapeutiqueE)

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.

MSA : Mutualité Sociale Agricole

ODIN : Observatoire De l'INSuffisance cardiaque

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OSCARS : Observatoire et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners /Family Physicians

ANNEXES

ANNEXE 1 : Présentation de la thèse par téléphone

Bonjour,

Je vous appelle au sujet de votre patient(e) MR X. qui a bénéficié du programme d'éducation thérapeutique de l'insuffisance cardiaque I-CARE en cardiologie à l'hôpital Saint-André.

Êtes-vous bien son médecin traitant ?

Je suis médecin remplaçant et je réalise ma thèse sur l'avis des médecins généralistes sur ce programme d'éducation thérapeutique et plus généralement sur les programmes hospitaliers d'éducation thérapeutique.

Accepteriez-vous de discuter de ce sujet avec moi lors d'un entretien d'une quinzaine de minutes ?

ANNEXE 2 : guide d'entretien thématique première version

I- Vous et ICARE

Un de vos patients a bénéficié du programme d'ETP à l'insuffisance cardiaque I-CARE

Vous en souvenez-vous ?

Quels sont vos connaissances à propos du programme I-CARE ?

Comment estimeriez-vous l'action d'I-CARE sur ce patient ?

Comment l'action d'I-CARE a-t-il modifié votre relation avec le patient ?

Comment l'action d'I-CARE a-t-il modifié votre pratique ?

Quelles informations vous souhaiteriez vous de la part d'I-CARE ? Sous quelles formes ?

II- Vous et l'éducation thérapeutique

Avez-vous reçu une formation à l'ETP ?

D'après vous, quelle est la place du généraliste dans l'ETP ?

Si vous deviez découper l'ETP en différentes parties, comment les distribueriez-vous aux différents intervenants ?

III- Vous et l'insuffisance cardiaque

Pourriez-vous évaluer les difficultés dans votre pratique auprès de vos patients insuffisants cardiaques ?

IV- Vous et les programmes hospitaliers d'ETP

Comment ressentez vous la relation entre vous et I-CARE, vous et les autres programmes hospitaliers d'ETP ?

Qu'attendez vous des ces programmes ?

Comment ces programmes peuvent-ils vous aider dans votre difficulté avec vos patients ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

ANNEXE 3 : Guide d'entretien thématique

2ème version

I- Vous et I-CARE

Un de vos patients a bénéficié du programme d'ETP à l'insuffisance cardiaque I-CARE.

Vous en souvenez-vous ? Avez-vous reçu un courrier ?

Quels sont vos connaissances à propos du programme I-CARE ?

Comment estimeriez-vous l'action d'I-CARE sur ce patient ?

Comment l'action d'I-CARE a-t-il modifié votre relation avec le patient ?

Comment l'action d'I-CARE a-t-il modifié votre pratique ?

Quelles informations vous souhaiteriez vous de la part d'I-CARE ? Sous quelles formes ?

II- Vous et l'éducation thérapeutique

Avez-vous reçu une formation à l'ETP ?

D'après vous, quelle est la place du généraliste dans l'ETP ?

Si vous deviez découper l'ETP en différentes parties, comment les distribueriez-vous aux différents intervenants ?

III- Vous et les programmes hospitaliers d'ETP

Comment ressentez vous la relation entre vous et les autres programmes hospitaliers d'ETP ?

Quels éléments attendez-vous dans un courrier émanant d'un programme d'éducation thérapeutique ?

Qu'attendez vous des ces programmes ?

Comment ces programmes peuvent-ils vous aider dans votre difficulté avec vos patients ?

Quels seraient vos propositions pour améliorer ces programmes ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

ANNEXE 4 : fiche signalétique du médecin

Nom

Prénom

Age

Sexe

Nombre de patient IC par semaine

Lieu d'exercice (rural/urbain)

Nombre de patients I-CARE

Année de passage du ou des patients

Formation à l'ETP

ANNEXE 5 : « plaquette » de présentation du programme

Docteur,

Votre patient a participé au programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) I-CARE pour la prise en charge de son insuffisance cardiaque proposé par l'hôpital Saint-André.

Pourquoi avoir proposé un programme d'ETP à votre patient ?

- Pour le rendre actif dans sa maladie et l'aider à trouver des solutions adaptées à sa situation.
- Parce que l'ETP a prouvé son efficacité sur la qualité de vie et la morbidité.

Comment se déroule le programme I-CARE ?

- un entretien individuel pour établir le diagnostic éducationnel.
- une 1ère journée sur : la maladie, les signes d'alertes, la diététique et l'activité physique.
- une 2ème journée sur : le vécu de la maladie, les médicaments, les facteurs de risques, retour sur la diététique et retour sur l'activité physique.
- votre patient sera convoqué pour une évaluation dans un an.

Que pouvons-nous faire pour vous ?

- revoir votre patient ou prendre en charge un autre de vos patients. Il suffit d'adresser un courrier par FAX ou MAIL avec les coordonnées de votre patient.
- répondre à toutes vos questions sur les informations fournies à votre patient
- vous accueillir pour vous présenter notre travail ou assister à nos ateliers

Qui sommes-nous ?

- Paul Coulon : cardiologue et coordonateur du programme
- Hélène Auriol et Olivia Lacroix : infirmières
- Hélène Bely : diététicienne
- Marie-Lise Bonet et Christel Sainz : kinésithérapeutes
- Nadia Dominguez : psychologue

Comment nous joindre ?

- par téléphone de 8h à 17h au 05-56-79-58-13
- par mail :
- par fax : 05-56-79-57-86

Nous espérons que notre travail sera bénéfique pour votre patient. Toute l'équipe vous remercie de votre attention et se tient à votre disposition pour vos questions, retours ou demandes de prise en charge. Vous recevrez le courrier détaillé sur le programme de votre patient très bientôt.

ANNEXE 6 : modèle de courrier type

Cher confrère,

Votre patient Mr X a participé aux ateliers d'éducation thérapeutique du patient insuffisant cardiaque I-CARE à l'hôpital Saint-André.

Le diagnostic initial de votre patient était :

A l'issu de ce diagnostic des objectifs ont été négociés.

Les objectifs atteints sont :

Les objectifs non atteints sont :

Les conseils qui lui ont été donnés personnellement sont :

Les principaux sujets à aborder pourraient être :

RESUME

Contexte : L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) est efficace médicalement et financièrement dans l'insuffisance cardiaque. Le Programme I-CARE est un programme national d'éducation de l'insuffisant cardiaque regroupant plus de 300 centres dont le service de cardiologie de l'hôpital Saint André du CHU de Bordeaux.

Objectifs : Evaluer ce programme et son impact auprès des médecins traitants pour proposer des voies d'amélioration. Explorer leur vision de la coordination de l'ETP entre professionnels de santé dans l'ETP.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés de 18 médecins traitants de patients ayant bénéficié du programme I-CARE.

Résultat : Les médecins étaient satisfaits du programme. Ils ont noté des effets patients positifs mais de courte durée. Le programme avait peu d'impact sur leur pratique et ils le connaissaient mal. Le retour des patients était faible. Les médecins pensaient avoir un rôle important dans l'ETP mais son concept était mal connu. Ils ont confiance dans l'hôpital qu'ils considèrent comme un lieu bien adapté à la réalisation de l'ETP mais les manques de communication et de coordination sont mis en avant.

Discussion : Ces résultats ont permis la réalisation d'une plaquette de présentation du programme à destination des médecins généralistes répondant à leur demande d'information et d'accessibilité du programme. Un modèle standard de courrier, contenant les informations essentielles et des conseils pratiques pour les consultations de suivi, a été mis en place. Le rôle primordial du patient dans la communication et le suivi a été mis en avant dans le programme. Nous espérons ainsi majorer l'impact positif du programme sur les patients et sur les pratiques des médecins généralistes.

Mots-clés : éducation thérapeutique du patient, médecins généralistes, I-CARE, insuffisance cardiaque, relation médecins généralistes-hôpital

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 !

