

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2014

2014-TOU3-1008

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : MARDI 25 FÉVRIER 2014

PAR : Nelly NAGGEA

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES ENFANTS ASTHMATIQUES

EN MÉDECINE GÉNÉRALE :

ANALYSE DES PRATIQUES EN MIDI-PYRÉNÉES.

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Docteur Serge ANÉ

JURY :

Président : Monsieur le Professeur OUSTRIC Stéphane

Assesseur : Monsieur le Professeur DIDIER Alain

Assesseur : Monsieur le Professeur MESTHÉ Pierre

Assesseur : Monsieur le Docteur ANÉ Serge

Assesseur : Madame le Docteur JUCHET Agnès

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2013

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. GARRASIN	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. BEG	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. BEGOMBES	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. DELGOL
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. RAILHAC

Professeurs Émérites

Professeur JUKIEWENSKI	Professeur JL. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-GUAIU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allée Julec Guesde - 31082 TOULOUSE Cedex

Doyen : JP. VINEL

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch.	Hépto-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU H.	Hématologie, transfusion	M. CALVAS P.	Génétique
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	Mme CHARPENTIER B.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addit
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt.Fonct.
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ B.	Rhumatologie
M. CHALVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LALWERS F.	Anatomie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MALAVALD B.	Urologie	M. PERON J.M.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme MOYAL E.	Cancérologie		
Mme NOURHASHEM F.	Gériatrie		
M. OLIVER J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.	P.U.	
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie	M. OUSTRIC B.	Médecine Générale
M. POURRAT J.	Néphrologie		
M. PRADERE B.	Chirurgie générale		
M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		

Professeur Associé de Médecine Générale

Dr. POUTRAIN J.Ch

Dr. MESTHE P.

Professeur Associé de Médecine du Travail

Dr NIEBORALA M.

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépat-Gastro-Entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. COURBON	Biophysique
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALNIER M.	Cardiologie	M. GALNIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GERALD G.	Neurologie	M. GARRIDO-STÓWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GRAND A. (C.E)	Epidémi. Eco. de la Santé et Prévention	M. GOURDY P.	Endocrinologie
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	Mme GUIMBALD R.	Cancérologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. LEQUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	Mme MAZEREELW J.	Dermatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PLANTE P.	Urologie	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. RAYNALD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique	M. ROLLAND Y.	Généralité
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SALLER L.	Médecine Interne
M. ROSTANG L.(C.E)	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	M. VAYSSIÈRE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SAMI E.K. (C.E)	Anesthésiologie Réanimation	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL P. A.	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactériologie, Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactériologie, Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BALGUIL B.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAINO B.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOLE E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CORRE J.	Hématologie	M. CHASSAINO N.	Génétique
Mme COURBON	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie, Virologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme de GLUSEZENSKY I.	Physiologie	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie, Virologie Hygiène	M. CORRE J.	Hématologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DUBOIS D.	Bactériologie, Virologie Hygiène	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GANTET P.	Biophysique	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	Mme GRARE M.	Bactériologie, Virologie Hygiène
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. JRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. KIRZIN S.	Chirurgie générale	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LE TINNER A.	Médecine du Travail	Mme PERIQUET B.	Nutrition
M. LOPEZ R.	Anatomie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. MONTOYA R.	Physiologie	M. RIMALHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme MOREAU M.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. PILLARD F.	Physiologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie, Virologie	M. VALLET P.	Physiologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme RAQAB J.	Biochimie		
Mme RAYMOND S.	Bactériologie, Virologie Hygiène		
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie, Virologie		
M. SOLER V.	Ophthalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement	M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEROUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

Remerciements :

Au Président du jury,

À Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC,

Médecin généraliste

Professeur des Universités de Médecine Générale,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury et de juger mon travail

Que ce travail soit le témoignage de mon estime et de mon profond respect.

Aux membres du jury,

À Monsieur le Professeur Alain DIDIER,
Pneumologue Allergologue

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.
Veuillez croire en ma profonde reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ,

Médecin Généraliste

Professeur Associé de Médecine Générale,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Veillez croire en ma profonde reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Serge Ané,

Vous avez accepté avec enthousiasme la direction de ce travail,
Je tiens à vous remercier pour l'aide que vous m'avez apportée. Veuillez trouver ici
l'expression de ma sincère gratitude.

À Madame le Docteur Agnès Juchet,
Pneumo-pédiatre,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.
Veuillez croire en ma profonde reconnaissance.

Je remercie également :

L'Union Régionale des Professionnels de Santé
Et particulièrement Monsieur Fabrice Amatulli
Pour m'avoir aidée à diffuser le questionnaire et à recueillir les données

Et

Les Docteurs Benoit Lepage et Julie Subra
Pour leur disponibilité et leur professionnalisme,
Et l'aide qu'ils m'ont apportée dans l'analyse des résultats

A mes enseignants, professeurs, formateurs ...

De la faculté de médecine de Montpellier,

De la faculté de médecine de Toulouse,

et particulièrement durant mon internat :

Au service de cardiologie à Auch,

Au service des Urgences au CHU de Toulouse Purpan,

Au service de Pédiatrie de Castres,

Au service de Médecine Interne du CHIVA,

Au service de Psychiatrie à Montauban...

Aux Docteurs Damien Omez et Jean-Paul Alric, médecins généralistes dans le Lot, et à leur famille, pour leur accueil lors de mon stage en cabinet, pour m'avoir appris la médecine générale.

Au Dr Stillmunkes, mon tuteur de DES de médecine générale,

Aux médecins généralistes remplacés qui me donnent leur confiance,

Aux Infirmier(e)s, Aides-soignants, Secrétaires... et autres paramédicaux,

Aux documentalistes de la BU de la faculté,

... Je vous dis un grand Merci

Aux patients :

Une pensée pour vous ...

Votre douleur, votre Histoire, vos inquiétudes, votre Bonheur ou vos épreuves rythment notre vie professionnelle. Vous participez à notre formation ; votre santé est notre priorité.

Étudiants, nous devenons médecins, grâce à vous... aussi !

A ma famille :

Merci Maman, pour ta présence, ton affection, ton écoute, ton soutien, cette éducation durant toutes ces années. Tu m'as donné la chance de pouvoir concrétiser ce choix personnel d'exercer la profession dans laquelle je m'épanouis vraiment aujourd'hui.

Merci Hyacinthe, tu es une sœur exemplaire qui m'a soutenue, aidée, écoutée, supportée durant ces études médicales... Je te souhaite tout le bonheur à venir avec Julien !

Merci à ma famille maternelle, je pense à tous ces moments conviviaux et de partage, à mon enfance, à votre aide.

Merci à ma famille paternelle, on se connaît depuis quelques années seulement... Vous m'avez appris à mieux me connaître. Gardons ce lien.

A mes amis :

Merci à mes amis d'enfance du collège d'Avignon,

Merci à mes amis du Lycée St Jo, répartis aujourd'hui en France et à l'Étranger,

Merci à mes amis et co-externes de Montpellier : Ariane, Audrey, Aurélie et Éric, Vanessa, Oyidia, Sabine, Aurélie. De la P1 à l'ENC... pour votre soutien et votre amitié !

Merci à mes amis et co-internes de Toulouse : Laurianne, Sabine, Anne-Sophie, Karima, Marion, Guilhem, Guillaume, Sylvain, Patrick, Céline, Maylis, Julien, Julia, Lucile, Samah et bien d'autres... J'ai passé un internat très chaleureux grâce à vous ! J'espère qu'on restera en contact à l'avenir !

Glossaire :

ACT p	Asthma Control Test pediatric
AD	Aérosol doseur
AIRE	Asthma Insights and Reality in Europe
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
BD	Bronchodilatateur
CDA	Courte Durée d'Action
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNMR	Comité National contre les Maladies Respiratoires
CS(I)	Corticostéroïde (inhale)
DEP	Débit Expiratoire de Pointe
EFR	Épreuve Fonctionnelle Respiratoire
ETP	Éducation thérapeutique (du patient)
GINA	Global Initiative for Asthma
GRAPP	Groupe de Recherche sur les Avancées en Pneumo-Pédiatrie
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	Hypertension Artérielle
HCSP	Haut Comité de Santé Publique
INPES	Institut Nationale de Prévention et d'Éducation pour la Santé
ISAAC	International Study On Asthma and Allergies in Childhood
LDA	Longue Durée d'Action
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORU-MiP	Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées
PAP(E)	Plan d'Action Personnalisé (Écrit)
SP2A	Société Pédiatrique de Pneumologie et d'Allergologie
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
VEMS	Volume Expiratoire Maximal par Seconde

Sommaire

1. INTRODUCTION.....	17
2. MATÉRIEL ET MÉTHODES	18
2.1 Objectifs de l'étude	18
2.2 Schéma d'étude.....	18
2.3 Analyse statistique	18
3. L'éducation thérapeutique et l'asthme de l'enfant (6-12 ans) en médecine générale	19
3.1 Le suivi de l'enfant asthmatique en médecine générale.....	19
3.1.1 Épidémiologie	19
3.1.2 Les principes de la prise en charge de l'enfant asthmatique	19
3.1.2.1 Généralités	19
3.1.2.2 La gestion de l'environnement et des comorbidités.....	20
3.1.2.3 Traitement médicamenteux.....	20
3.1.2.4 Le contrôle de l'asthme	24
3.2 La démarche éducative du médecin généraliste.....	26
3.2.1 Définition de l'ETP et bénéfices dans l'asthme pédiatrique	26
3.2.2 Les quatre étapes de la démarche éducative.....	26
3.2.2.1 Le diagnostic éducatif.....	26
3.2.2.2 Le contrat éducatif	26
3.2.2.3 Le plan d'action	27
3.2.2.4 L'évaluation	27
3.2.3 La posture éducative du médecin généraliste en consultation	27
3.2.4 Les outils éducatifs accessibles et disponibles en médecine générale.	29
3.2.5 Des recommandations à la pratique.....	32
3.2.6 Les freins de l'intégration de l'ETP en médecine générale	33
4. RÉSULTATS	34
4.1 Taux de participation.....	34
4.2 Le profil des médecins généralistes	34
4.2.1 Caractéristiques des 73 médecins généralistes	34
4.2.2 Pyramide des âges.....	35
4.2.3 La formation en Éducation thérapeutique	35
4.3 La pratique de l'ETP dans l'asthme de l'enfant	36
4.4 Les freins de l'intégration de l'ETP en consultation	37
4.5 Analyse statistique	37

5. DISCUSSION	40
5.1 Limites de l'enquête	40
5.1.1 Méthode	40
5.1.2 Résultats	41
5.1.3 Représentativité de l'échantillon des médecins généralistes	41
5.2 Analyse des pratiques.....	42
5.2.1 Critères de jugement	42
5.2.2 La démarche éducative	44
5.2.2.1 Organisation au cabinet	44
5.2.2.2 La posture éducative	46
5.2.3 Les freins de l'intégration de la démarche éducative	48
5.2.4 Des solutions pour une meilleure intégration de la démarche éducative	48
6. CONCLUSION	50
7. BIBLIOGRAPHIE	51
8. ANNEXES	54

1. INTRODUCTION

L'asthme est la maladie chronique la plus fréquente chez l'enfant : sa prévalence en France représente entre 8 et 10 % des enfants d'âge scolaire (1).

Durant la dernière décennie, les quelques études réalisées en médecine générale (AIRE 2002, ER'ASTHME 2003, ELIOS 2005), reflètent une maladie sous traitée, dont le contrôle est surestimé, et dont le suivi reste insuffisant (1)(2)(3). Par ailleurs, malgré une efficacité médicamenteuse (diminution de la prévalence des symptômes de l'asthme), l'observance thérapeutique de l'enfant asthmatique représente en moyenne 50 % (4); les enfants et leurs parents ne perçoivent pas toujours la nécessité de prendre un traitement de fond lors des phases inter-critiques asymptomatiques. L'éducation des enfants asthmatiques avec leur famille reste encore aujourd'hui un véritable enjeu de santé publique (5)(6)(7).

L'Education thérapeutique (ETP) réduit les facteurs de morbidités et améliore la qualité de vie des enfants asthmatiques ; son efficacité fait l'objet de nombreuses études réalisées en général à l'hôpital ou dans des structures éducatives (Ecole de l'Asthme)(8). La grille de recueil d'information du référentiel de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur l'ETP de l'enfant asthmatique et de sa famille en pédiatrie a été évaluée comme applicable en consultation de médecine générale(9). Cependant, peu d'études en France évaluent la pratique de l'ETP en médecine générale ; la plupart des médecins généralistes libéraux considèrent mettre en œuvre de l'ETP (pathologies toutes confondues) dans leur pratique courante, qu'ils soient ou non formés et familiers du concept. Des freins limitent l'intégration de l'ETP en cabinet : la démarche éducative est chronophage, la formation et les référentiels en ETP sont souvent peu adaptés à la pratique en ville, l'ETP manque de reconnaissance professionnelle, mais aussi, elle demande à être davantage valorisée par les médecins généralistes. Ces derniers attendent de l'ETP une amélioration de la qualité de vie pour leurs patients mais également une amélioration de leur pratique professionnelle(10)(11).

Mais qu'en est-il de la Pratique de l'ETP par les médecins généralistes dans le suivi des enfants asthmatiques en région Midi-Pyrénées ? L'objet de notre travail a consisté en une analyse des pratiques afin de rechercher des éléments concrets pour améliorer et développer l'ETP en cabinet, répondre aux besoins des médecins généralistes dans la prise en charge des enfants asthmatiques. Nous avons envoyé un questionnaire aux médecins généralistes installés dans la région.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de cette thèse était d'analyser les pratiques des médecins généralistes en matière d'éducation thérapeutique au cours du suivi des enfants asthmatiques âgés de 6 à 12 ans.

L'objectif secondaire était d'identifier les moyens (outils éducatifs /formations professionnelles) que les médecins généralistes utilisent pour y parvenir.

2.2 Schéma d'étude :

Nous avons réalisé une description des pratiques des médecins généralistes, et nous avons choisi d'analyser ces pratiques en fonction de 3 critères : la formation professionnelle, l'appartenance à un réseau éducatif et le genre. La population étudiée incluait les médecins généralistes exerçant une activité libérale, inscrits au conseil de l'ordre des médecins, installés en région Midi-Pyrénées, joignables par e-mail et appartenant à la liste des médecins généralistes de l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé).

Le choix de la tranche d'âge (6 à 12 ans) permet d'avoir un enfant acteur du processus éducatif.

Le courriel soulignait l'intérêt et présentait les objectifs de ce travail. Le lien hypertexte donnait accès au questionnaire électronique. Ce dernier abordait trois thématiques : le profil du médecin généraliste, la formation en éducation thérapeutique, et la pratique de l'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique au quotidien (*Cf. Annexe 1*).

L'envoi du questionnaire a été réalisé par l'URPS de Midi-Pyrénées via internet, de Septembre à Novembre 2013. Deux relances ont été effectuées durant cette période. Les réponses anonymes des médecins étaient enregistrées sur une feuille de calcul.

2.3 Analyse statistique :

Le logiciel Excel 2007 a été utilisé pour le recueil des réponses au questionnaire et leurs analyses statistiques. Le risque de première espèce a été fixé à 5%. La significativité des tableaux croisés (de contingence) a été calculée à l'aide des tests du χ^2 de Pearson, et du test de Fisher, dans les règles imposées par ces tests.

3. L'éducation thérapeutique et l'asthme de l'enfant (6-12 ans) en médecine générale

3.1 Le suivi de l'enfant asthmatique en médecine générale :

3.1.1 Épidémiologie

D'après les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il y a actuellement 235 millions d'asthmatiques dans le monde(12). Le « Global initiative for Asthma (GINA)» en dénombre 300 millions au total(13).

En France, l'asthme reste la maladie chronique la plus fréquente chez l'enfant : sa prévalence représente entre 8 et 10% des enfants d'âges scolaires (1). L'enquête ISAAC-2 effectuée en 1999-2000, montrait une prévalence cumulée (asthme au cours de la vie) de 9.8 % des enfants de 9 à 11 ans (14). La prévalence de l'asthme tend à se stabiliser depuis le début du XXI^e siècle ; cependant l'asthme provoque encore 1000 décès par an chez les moins de 65 ans. Chez l'enfant, les pics de consultation aux urgences se concentrent au mois de septembre (période de reprise de la vie en collectivité) ; le taux d'hospitalisation pour asthme chez les enfants de moins de 15 ans ne diminue pas mais reste stable de 1998 à 2007 et ces hospitalisations prédominent chez les garçons jusqu'à l'âge de 15 ans (14).

Dans la région Midi-Pyrénées, l'Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées (ORU-MiP) recense entre 1991 et 2002, 58 décès par asthme chez des personnes de 5 à 44 ans. Le taux de mortalité par asthme diminuant dans la région, et son évolution récente, sont semblables à ceux retrouvés à l'échelle nationale(15).

3.1.2 Les principes de la prise en charge de l'enfant asthmatique

3.1.2.1 Généralités :

La prise en charge de l'enfant asthmatique comprend, la gestion de l'environnement et des comorbidités, le traitement médicamenteux et l'éducation thérapeutique de l'enfant accompagné de ses parents. Elle est pluridisciplinaire et multi-professionnelle et peut nécessiter en médecine de ville l'intervention : du médecin traitant, du pneumo-pédiatre, de l'allergologue, du psychologue, de l'infirmière, du kinésithérapeute, du pharmacien, d'un conseiller environnemental, d'une assistante sociale. De plus, la relation médecin-malade est ici particulière car elle fait intervenir les parents.

3.1.2.2 La gestion de l'environnement et des comorbidités

L'asthme est une maladie multifactorielle favorisée par des facteurs génétiques, environnementaux et/ou liée au mode de vie des patients asthmatiques et de leur entourage. Ils interviennent de façon complexe, à différentes étapes de l'histoire de la maladie : ils peuvent participer à l'installation d'un état atopique (terrain génétique favorisant une hypersensibilité ou réaction allergique contre un allergène spécifique), au développement de la réaction inflammatoire chronique des bronches ou favoriser le déclenchement des crises.

La prédisposition génétique (gène de susceptibilité de l'asthme ; atopie) ne suffit pas au déclenchement de la maladie asthmatique. Les facteurs génétiques et environnementaux interagissent : des marqueurs génétiques de prédispositions à l'asthme dans la petite enfance peuvent interagir avec l'exposition au tabac(16).

Les facteurs liés à l'enfant et/ou à sa famille tels que les gènes, le genre masculin, la prématurité, sont acquis et non modifiables. Cependant, les facteurs environnementaux tels que le terrain allergique (avec les pneumallergènes : *acariens, moisissures, pollens* ; trophallergènes : *œuf, arachide* ; les irritants : *tabagisme passif, pollution atmosphérique ou domestique* ; la iatrogénie : *intolérance à l'aspirine*), les infections virales et bactériennes, les troubles digestifs (*reflux gastro-oesophagien, obésité*), les facteurs psychologiques, la sédentarité, sont modifiables. Leur prise en charge (test allergologique, éviction de l'allergène, perte de poids, règles hygiéno-diététiques, traitement de l'infection et du stress...) reste essentielle pour garantir une meilleure qualité de vie chez l'enfant asthmatique.

3.1.2.3 Traitement médicamenteux :

Deux classes thérapeutiques constituent le traitement médicamenteux : les bronchodilatateurs (BD) et les anti-inflammatoires (*cf. Tableau 1*). Le mode d'administration de ces médicaments est majoritairement la voie inhalée et différents dispositifs d'inhalation existent (*Cf. Tableau 2*). Le médecin doit adapter le dispositif d'inhalation au développement psychomoteur mais aussi au niveau d'aptitude de l'enfant. Il doit aussi bien connaître les différentes étapes des techniques de manipulation pour évaluer et transmettre le savoir faire à l'enfant.

	BRONCHODILATATEURS				ANTIINFLAMMATOIRES		
	Béta2 mimétiques (+)		Anti-cholinergiques	Théophylli-ne	Corticoïdes		Anti-leucotriènes
	CDA	LDA			CSI	CS	
Molécules (DSI)	Salbutamol Terbutaline	Salmétérol Formotérol	Ipratropium bromure	Théophylli -ne	Béclométhasone Budésonide fluticasone	Prédnisone Prédnisolone Méthyl- prédnisolone	Montélukast
Action	Relaxation du Muscle lisse bronchique		Diminution du tonus broncho- constricteur cholinergique	Idem Aux Béta2+	Anti-inflammatoires		Antagonistes des récepteurs des leucotriènes
Délai d'action	immédiat	Salmétérol : >30 min Formotérol : Idem CDA	Bronchodilatation moins importante et moins rapide que les béta 2 mimétiques		Variable : en fonction de la rétention pulmonaire	Dans l'heure	Dans les 2h
Durée d'action	4 à 6 h	12 h			Variable : en fonction de la molécule	Dose dépendante : ½ vie entre 2.5 et 3.5h	Environ 24h
Indication dans l'asthme	Traitement de la crise	Traitement de fond	Traitement de la crise	Traite- ment de fond	Traitement de fond	Traitement de la crise	Traitement de fond
Remarque	Voie inhalée		Utilisé en association aux béta2+CDA dans l'AAG en nébulisation	Rare utilisation en France	Absence d'effet rebond à leur arrêt	Voies : orale, intraveineu- se.	Voie orale
Effets Secondaires	Tremblements Tachycardie Palpitations Céphalées (Possibles en début de traitement, ils disparaissent avec une utilisation régulière)		Rares en faible posologie : Hyposialie, sècheresse des muqueuses ORL, rétention urinaire.	Troubles Digestifs, céphalées, palpita- tions	-Locaux : Dysphonie Voix rauque Candidose buccale (fréquents, mais disparaissent avec le couplage d'une chambre d'inhalation et rinçage buccale après la prise) -Généraux : insuffisance surrénalienne exceptionnelle	Rares car ici CS indiqués dans la crise (Effets secondaires sur cortico- thérapie qu long cours : troubles métabolique, endocrinien)	Douleurs abdominales, céphalées (rares)

Tableau 1 : Traitements médicamenteux disponibles dans l'asthme de l'enfant dès l'âge de 6 ans.

CDA : courte durée d'action ; LDA : longue durée d'action ; CSI : corticostéroïdes inhalés ; CS : corticostéroïdes systémiques ; DSI : dénomination commune internationale ; AAG : asthme aigu grave.

Des associations (LDA et CSI) existent pour simplifier le traitement de fond et améliorer l'observance thérapeutique : **Formotérol + Budésonide** ; **Salmétérol + Fluticasone** ; **Formotérol + Béclométhasone**.

Une nouvelle classe médicamenteuse se développe : les Anti-IgE ; l'omalizumab (anticorps monoclonal IgG1) inhibe la liaison des immunoglobulines IgE avec leur récepteur situé à la surface des mastocytes. La prescription relève du pneumo-pédiatre, et l'indication est ciblée à l'asthme allergique non contrôlé et persistant sévère malgré le traitement de fond bien conduit.

	L'ÉROSOL DOSEUR (AD)		L'INALATEUR DE POUDRE SÈCHE	LES NÉBULISSEURS
	Pressurisé	Autodéclanché		
Photo		 Autohaler°		
Définition	Il contient un médicament en suspension ou en solution propulsé par un gaz vecteur	Il contient un médicament en suspension ou en solution propulsé par un gaz vecteur	Sans gaz vecteur propulseur et avec un compteur de doses, c'est la forme idéale pour le traitement de fond du grand enfant. Tous les types de BD et de CSI sont disponibles sous cette forme. Il est monodose ou multidose en fonction du modèle.	Utilisés lors des crises d'asthme sévères ou résistantes au traitement inhalé, le dépôt pulmonaire (âge-dépendant) par nébulisation est identique à celui obtenu par AD avec chambre d'inhalation.
Coordination main-poumon	OUI*	NON	NON	NON
Coopération de l'enfant	OUI	OUI	OUI	FAIBLE
Mode d'utilisation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retirer le capuchon. 2. Bien agiter l'aérosol. 3. Expirer normalement et lentement par la bouche. 4 Tenir l'embout de l'aérosol dans la bouche en fermant bien les lèvres autour. 5. Appuyer sur la cartouche pour libérer une bouffée tout en inspirant lentement et profondément par la bouche. 6. Retenir sa respiration pendant au minimum 5 secondes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Oter le capuchon. 2 Soulever le levier, l'appareil en position verticale. 3. Bien agiter l'Autohaler. 4. Expirer normalement et lentement par la bouche. 5. Tenir l'embout de l'Autohaler dans la bouche en fermant bien les lèvres autour. 6. Inspirer lentement et profondément par la bouche. La bouffée est libérée automatiquement. 7. Retenir sa respiration pendant au minimum 5 secondes. 8. Après chaque bouffée, rabaisser le levier. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si Diskus : Ouvrir en faisant pivoter le couvercle. Si Turbuhaler : dévisser le capuchon 2. Si Diskus : Pousser le levier le plus loin possible jusqu'à entendre un déclic. Si Turbuhaler : Tenir le Turbuhaler verticalement et tourner la mollette vers la droite puis vers la gauche jusqu'à entendre un déclic. 3. Expirer profondément par la bouche. 4. Tenir l'embout buccal dans la bouche en fermant bien les lèvres autour. 5. Inspirer rapidement et à fond par la bouche. 6. Maintenir sa respiration au minimum pendant 5 secondes. 7. Si Diskus : Refermer le couvercle. Si Turbuhaler : Revisser le couvercle. 	<p>Il existe des nébuliseurs pneumatiques (les plus utilisés) ou ultrasoniques.</p> <p>Il suffit pour l'enfant de : respirer calmement pendant 10 à 15 min pour inhaler le médicament.</p>

Tableau 2 : Les différents dispositifs d'inhalation pour l'enfant asthmatique dès l'âge de 6 ans.

*Le couplage d'un AD pressurisé à une chambre d'inhalation augmente le dépôt bronchique des particules émises par l'AD et facilite la prise des AD par l'enfant car ce dispositif (AD + chambre d'inhalation) ne nécessite pas de coordination main-poumon.



Figure 1 : exemple d'une chambre d'inhalation avec aérosol doseur.

Mode d'emploi :

1. Après avoir retiré le capuchon de l'AD, secouer le spray tête en bas pour mélanger le médicament avec le gaz propulseur
2. Insérer l'embout buccal de l'AD dans la chambre
3. Tenir l'embout de la chambre dans la bouche en fermant bien les lèvres autour
4. Appuyer sur l'AD : chaque bouffée doit être délivrée individuellement
5. Respirer 5 fois (en vérifiant le bon fonctionnement de la valve) de façon ample et tranquille
6. Si une deuxième bouffée est nécessaire : reprendre à l'étape 3.
7. Rincer la bouche après inhalation de corticoïdes

L'entretien de la chambre d'inhalation statique doit être mensuel, il faut démonter la chambre d'inhalation, la laver à la main avec du savon (pas d'utilisation de goupillon !), la rincer à l'eau claire, la tremper quelques heures dans de l'eau additionnée de liquide vaisselle (ne pas la rincer), la laisser sécher en air ambiant. Le remplacement des valves doit être biannuel.

Les techniques d'inhalation (aérosol doseur, inhalateur de poudre sèche ou aérosol auto déclenché), sont adaptées au développement psychomoteur de l'enfant. En cas d'utilisation d'une chambre d'inhalation : l'embout buccal est recommandé dès l'âge de 5-6 ans, pour diminuer l'espace mort (source de fuite avec l'utilisation du masque) :

<u>De 6 à 8 ans</u>	<u>De 8 à 12 ans :</u>
Bonne coopération	Coordination main-poumons
AÉROSOL DOSEUR + CHAMBRE D'INHALATION SANS MASQUE	
INHALATEUR DE POUDRE SECHE ou AÉROSOL DOSEUR AUTO-DÉCLENCHÉ	
	AÉROSOL DOSEUR
NEBULISATION	

Tableau 3 : Techniques d'inhalation en fonction de l'âge de l'enfant (6-12ans).

3.1.2.4 Le contrôle de l'asthme

➤ Définition et objectifs

Le contrôle de l'asthme est le reflet de l'activité de la maladie sur une période de 1 semaine à 3 mois. Un asthme contrôlé implique une absence ou un minimum de symptômes, une fonction pulmonaire normale, une scolarisation normale, et une activité physique et sportive non limitée (qualité de vie optimale) (17). Le contrôle est ainsi évalué sur des évènements respiratoires cliniques et fonctionnels ainsi que sur leur retentissement.

L'évaluation du niveau de contrôle de l'asthme permet d'adapter le traitement (Cf. Annexe 2), de vérifier et d'améliorer l'observance thérapeutique. Il est indépendant du niveau de sévérité de l'asthme (Cf. Annexe 3).

➤ Classification

Selon les recommandations du GINA 2006, la maladie asthmatique peut être classée en 3 catégories : contrôlé, partiellement contrôlé ou non contrôlé (Cf. Tableau 4).

Caractéristiques	Contrôlé (présence de tous les items)	Partiellement contrôlé (>ou=1 et <3items)	Non contrôlé
Symptômes journaliers	<ou=2 fois par semaine	>2 fois par semaine	>ou=3 items d'un asthme partiellement contrôlé
Limitation des activités	Aucune	Oui	
Symptômes nocturnes/réveils	Aucun	Oui	
Consommation traitement de secours	<ou=2 fois par semaine	<2 fois par semaine	
Fonction ventilatoire (DEP ou VEMS)	Normal	<80%théorique ou meilleur résultat connu	
Exacerbation	Aucune	>ou= 1 fois/an	1 fois quelle que soit la semaine

Tableau 4: Niveaux de contrôle de l'asthme(13)

➤ **Un contrôle de l'asthme insuffisant**

❖ **Les études en médecine générale :**

a) L'étude AIRE : réalisée en 1999, une enquête téléphonique a montré que des enfants asthmatiques européens de moins de 16 ans étaient insuffisamment contrôlés (symptômes diurnes et absentéisme scolaire importants), sous-traités (26% des enfants ont utilisé des corticoïdes inhalés alors que 45% avaient un asthme persistant) et peu suivis (40% des patients français ont déclaré ne jamais avoir eu d'exploration fonctionnelle respiratoire(EFR).

b) L'étude ER'ASTHME : réalisée en 2003, par manque de données nationales en France, a évalué ce contrôle chez des enfants asthmatiques âgés de 6 à 14 ans. 66% des enfants étaient mal contrôlés. Respectivement 27 et 35% des enfants ou parents ont déclarés que leur asthme allait « parfaitement bien » et « bien ». Cette étude a montré un décalage entre la perception du contrôle de la maladie par l'enfant ou ses parents, et la réalité.

c) L'étude ÉLIOS : réalisée en 2005 en France, chez des enfants asthmatiques depuis un an au moins et âgés de 4 à 15 ans, a montré un contrôle de l'asthme insuffisant en ville (26% avait un contrôle optimal), et un suivi insuffisant (mesure du DEP systématique pour 27.8% des enfants et EFR de référence chez 10.2% des enfants uniquement).

❖ **Les causes d'un asthme mal contrôlé :**

Différentes causes sont à l'origine d'un asthme mal contrôlé :

- La mauvaise observance thérapeutique du patient et de sa famille

Elle s'explique par :

- un manque de connaissance de la maladie ou du traitement
- les représentations de la maladie : l'absence de symptôme entre les crises
- les représentations du traitement : la corticophobie
- les difficultés socio-économiques
- le déni de la maladie.
- La surestimation du niveau de contrôle de l'asthme par le patient et/ou par le médecin.

3.2 La démarche éducative du médecin généraliste

3.2.1 Définition de l'ETP et bénéfices dans l'asthme pédiatrique

En 1998, l'OMS a défini l'ETP : « L'ETP devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie »(18).

L'ETP semble offrir des résultats tant cliniques qu'économiques dans l'asthme pédiatrique en améliorant la fonction pulmonaire, en réduisant les jours d'activité limitée et l'absentéisme scolaire ou encore le recours aux urgences (19). L'ETP permet aux enfants asthmatiques de mieux connaître leur maladie et leur traitement ; elle aborde les représentations de la maladie de l'enfant et de ses parents. L'acceptation de la maladie est une étape essentielle. L'ETP parvient à sensibiliser l'enfant et à le valoriser grâce à un apprentissage progressif et ludique, en fonction de son développement cognitif. L'ETP confronte l'enfant à certaines situations de la vie courante pour anticiper ses réactions.

3.2.2 Les quatre étapes de la démarche éducative (20) (Cf. Annexe 4)

« Cette démarche éducative doit s'intégrer à la prise en charge thérapeutique : elle doit donc être indissociable et complémentaire des traitements et des soins, de la prévention des complications, et doit tenir compte des besoins spécifiques, des comorbidités, des vulnérabilités psychologiques et sociales et des priorités définies avec le patient, la famille ».

3.2.2.1 Le diagnostic éducatif

L'élaboration d'un diagnostic éducatif permet de connaître le patient, d'identifier ses besoins, ses attentes, ses représentations de la maladie, sa réceptivité et sa motivation.

3.2.2.2 Le contrat éducatif

Il s'agit d'un contrat éducatif dans lequel des compétences (d'autosoins, d'auto-adaptation) seront négociées. Un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage est mis en place.

3.2.2.3 Le plan d'action

Il s'agit d'un support retraçant les méthodes pédagogiques et les techniques d'apprentissage utilisées pour atteindre les objectifs fixés (lors de séances collectives ou individuelles en consultation).

3.2.2.4 L'évaluation

L'évaluation individuelle : elle permet d'apprécier les acquis du patient et de reconsidérer les objectifs non atteints pour la prochaine séance d'ETP selon un processus continu.

3.2.3 La posture éducative du médecin généraliste en consultation

La posture éducative aide le patient à changer. L'écoute, l'absence de jugement, le respect de ses projets, la prise en compte de ses savoirs sont des éléments qui contribuent à favoriser ce changement. La démarche est centrée sur le patient et intègre sa volonté d'apprentissage. La posture éducative met en œuvre les démarches de prévention, d'éducation pour la santé et d'ETP. Elle n'a pas pour finalité une attitude ou une position particulière que doit adopter le médecin dans la prise en charge du patient atteint d'une maladie chronique, mais plutôt, de mettre en œuvre, grâce à cette attitude éducative, les techniques aidant le patient à se prendre lui-même en charge.

Selon Rémi Gagnayre (21), il existe 2 types de postures éducatives :

- La posture éducative liée à la mise en œuvre d'activités d'ETP (programme éducatif)
- Et celle où le médecin intègre de l'ETP à sa pratique en cabinet (éducation individuelle).

Cette posture éducative nécessite un savoir être qui nécessite des modifications dans la pratique quotidienne des médecins généralistes. La posture éducative fait référence à une approche relationnelle basée sur des critères de fond et de forme.

- Critères de fond :

- ✓ L'écoute empathique :

- L'empathie est la capacité de se mettre à la place de l'autre, de comprendre les sentiments d'autrui. Savoir écouter le patient et faire percevoir qu'on l'a compris, est un principe de base de la posture éducative : « Je comprends, j'entends bien ce que tu me dis ».

- ✓ L'entretien motivationnel :

- Il s'agit d'une méthode directe et structurée qui explore la motivation, l'ambivalence (ou source d'immobilité s'opposant au changement) et, les capacités de changements et de résistance du patient. La « balance décisionnelle » est un des outils éducatifs du médecin :

elle confronte respectivement les avantages et les inconvénients du comportement actuel et ceux du comportement à adopter par le patient, générant une envie de changement (ou motivation extrinsèque) s'il arrive à percevoir les inconvénients de la situation actuelle. L'entretien motivationnel cherche aussi à susciter une motivation intrinsèque telle que « se sentir mieux, avoir une meilleure estime de soi ») en explorant les avantages perçus dans le changement. Grâce à la motivation extrinsèque, le médecin déclenche chez le patient une demande de changement, et grâce à la motivation intrinsèque il permet de pérenniser ce changement. Le patient peut résister si la stratégie du médecin est trop rapide.

Ainsi, l'observance thérapeutique de l'enfant asthmatique sera améliorée si par exemple, celui-ci constate que ses absences scolaires répétées (secondaires aux crises itératives) ne lui permettent pas de voir ses camarades de jeux et, réalise que son traitement de fond pris régulièrement diminue cet absentéisme ; il prend alors conscience qu'il jouera davantage avec ses amis (motivation extrinsèque). Le contrôle de son asthme amélioré, le patient aidé de ses parents, percevra alors une maîtrise de sa santé (motivation intrinsèque).

- Critères de forme :

- ✓ Les questions ouvertes « Comment... Pourquoi...En quoi... ? » : elles identifient les besoins majeurs du patient et ses propres réflexions. Elles créent un climat de confiance et abordent des questions auxquelles le médecin n'aurait pas pensé. « Que sais-tu de ta maladie ? Comment représentes-tu ta maladie ? Que fais-tu en cas de crise ? Pourquoi n'arrives-tu pas à prendre ton traitement ? »

- ✓ La reformulation, l'écoute réflexive : le médecin reformule les idées et les objectifs évoqués, ainsi le patient se sent écouté, compris et guidé. « Tu veux dire que... Si je te comprends bien... Selon toi, ... »

- ✓ La synthèse : elles résument « en écho » les points discutés avec le patient ce qui l'aide à mieux mémoriser son apprentissage.

- ✓ Le renforcement positif ou la revalorisation :

Le patient est encouragé pour chaque objectif atteint. « C'est très bien, tu arrives à prendre ton traitement tout seul maintenant ! »

3.2.4 Les outils éducatifs accessibles et disponibles en médecine générale.

Un outil éducatif est un support visant à atteindre un ou plusieurs domaines du savoir : savoir faire (utiliser un traitement), savoir être (réaction pertinente face à un danger), savoir devenir (capacité à accepter la maladie et l'adapter au quotidien). Le choix d'un outil éducatif portera sur sa fiabilité, sa rapidité et facilité d'utilisation (compréhension et interprétation), son accessibilité pour le médecin et son adaptabilité au patient (et à sa famille). Il doit être aussi pédagogique, et enfin peu coûteux.

Pour y être accessible, les outils éducatifs doivent être adaptés à l'organisation en cabinet (durée, consultation programmée ou non, dossiers informatisés), au médecin (formation professionnelle, intérêt, disponibilité), mais aussi au patient et à son entourage (âge, disponibilité, intérêt, pathologie). On distingue dans l'asthme de l'enfant :

a) Le questionnaire *Asthma Control Test pediatric (ACTp)* (Cf. Annexe 5) :

Il s'agit d'un test développé par un comité d'experts internationaux et soutenu par l'association Asthme et Allergies, le CNMR (Comité National contre les Maladies Respiratoires) et la SP2A (Société Pédiatrique de Pneumologie et d'Allergologie). Mieux évaluer pour mieux traiter : l'objectif principal est de déterminer si l'asthme de l'enfant, âgé de 4 à 11 ans, est contrôlé sur les 4 dernières semaines. Ce test a été développé pour être pédagogique et facile à interpréter. Il est proposé par le médecin (généraliste, pneumo-pédiatre) en consultation. Ses avantages sont nombreux : il favorise l'observance du traitement en sollicitant l'enfant et les parents, évalue de façon objective et personnalisée le contrôle de l'asthme, représente un outil de suivi simple, rapide, sensible (pour détecter les changements), reproductible, facilement accessible sur le site internet : www.asthme-allergies.org. Enfin, il est intégré aux recommandations GINA.

b) Le matériel d'inhalation du patient :

Il représente un outil éducatif pour le médecin qui vérifie la bonne compréhension de l'enfant et des parents sur le choix du traitement, l'observance et surtout la bonne manipulation du traitement inhalé (Cf. *Tableau 2, p22*).

c) Le carnet de suivi de l'enfant asthmatique : (Cf. Annexe 6)

Il comprend un questionnaire simple adapté à l'enfant, qui lui permet d'apprendre la maladie asthmatique, les traitements, la notion d'allergie, par des jeux (rébus, mots mêlés) et d'avoir des repères (prodromes de la crise, facteurs déclenchants, DEP de référence, réalisation de l'EFR...). Cet outil éducatif permet un meilleur apprentissage.

d) Le débitmètre de pointe :

Le débit expiratoire de pointe (DEP) correspond *au débit le plus élevé obtenu lors d'une expiration maximale la plus rapide possible, après une inspiration profonde*. Sa mesure, par le débitmètre de pointe (ou *Peak Flow*), répétée et comparée à des valeurs de référence, permet de mettre en évidence des différences significatives du calibre des voies aériennes, spontanément ou après bronchodilatateurs lors des crises d'asthme. Le DEP reflète plutôt l'obstruction des grosses bronches. Le débitmètre de pointe permet de contrôler l'asthme au quotidien (notamment dans la gestion de la crise d'asthme à domicile) et de prévenir les crises sévères. Les études comparant les résultats entre un suivi s'appuyant sur le DEP et un suivi standard (sans DEP), n'ont pas permis d'en montrer la supériorité, mais l'usage du DEP est recommandé dans l'asthme modéré ou sévère surtout chez les patients dont la perception des crises est inadéquate (22).

e) Le résultat de l'Épreuve Fonctionnelle Respiratoire (EFR) :

Réalisable chez l'enfant dès l'âge de 4 ans environ et systématique dès l'âge de 6 ans, l'EFR étudie les échanges gazeux entre l'organisme et son environnement et recherche notamment une obstruction bronchique dans l'asthme et si celle-ci est présente : est-elle réversible ou non ? (test de réversibilité sous bronchodilatateurs). Il existe une dissociation entre la perception des symptômes de la crise d'asthme et le degré d'obstruction, d'où son intérêt. A court terme, il permet d'initier un éventuel traitement de fond de l'asthme, d'adapter le traitement entraînant une diminution de la symptomatologie, du nombre de crises, et des hospitalisations. Le retard d'initiation du traitement de fond chez ces patients, favorise une dégradation plus rapide et précoce de leur fonction respiratoire à moyen terme. L'EFR diminue le « sous-traitement » de fond des enfants asthmatiques en nécessitant et percevant leur asthme bien contrôlé : il ralentit ainsi l'altération de la fonction respiratoire du futur adulte à long terme. L'EFR est un examen complémentaire, réalisé par le pneumologue. Le résultat de l'EFR, plutôt que l'EFR proprement dit représente un outil éducatif car son interprétation guide le médecin généraliste dans sa pratique prescriptive, mais sa réalisation impose et véhicule aussi un message éducatif essentiel aux parents : la représentation concrète de la chronicité de la maladie d'où la nécessité d'introduire éventuellement un traitement de fond, ce qui sensibilise davantage les parents sur l'importance de l'observance thérapeutique. La fréquence des EFR de contrôle est indiquée en *Annexe 7*.

f) Le Plan d'action Personnalisé et Écrit (PAP) (cf. Annexe 8):

Il s'agit d'un plan personnalisé à l'enfant donnant la conduite à tenir face à une exacerbation ou une crise d'asthme en termes de traitement médicamenteux. Il comprend le plan de gestion de la crise d'asthme (plan de crise) et le plan des modalités (adaptation éventuelle du traitement de fond). Le plan d'action peut comporter des conseils sur la pratique de sport ou sur l'environnement. Des pré-requis restent indispensables comme la maîtrise des techniques d'inhalation. La plupart des patients, ayant un asthme persistant et souhaitant s'impliquer dans la prise en charge de leur asthme, sont concernés. Etabli au nom du patient, il doit pouvoir répondre aux questions suivantes (23) : L'enfant présente-t-il une augmentation des signes respiratoires (prodromes de la crise) ? Quand augmenter le traitement ? Comment augmenter le traitement et pour combien de temps ? Quand demander de l'aide médicale ? Laquelle, et quelles sont les numéros ? (médecins de l'enfant, SAMU). Il valorise le patient et ses parents (auto-soins) et favorise ainsi une meilleure observance thérapeutique. Réaliser un PAP relève d'une bonne pratique du médecin car cela participe à la réduction de la morbidité et à l'amélioration de la qualité de vie du patient(17). Le PAP est utile en cas de déplacement de l'enfant (en vacances) : le médecin non référent peut rapidement connaître le protocole thérapeutique. Il doit être facilement accessible.

g) Les schémas anatomiques et maquettes (cf. Annexe 9a):

Ils permettent d'expliquer aux enfants et leurs parents le fonctionnement de l'appareil respiratoire et son dysfonctionnement : par exemple un modèle en coupe transversale de bronches, l'une saine et l'autre inflammatoire. L'outil capte l'attention de l'enfant qui visualise sa maladie ou son traitement à grande échelle. Ces schémas permettent de corriger les mauvaises représentations des parents sur la maladie.

h) D'autres supports éducatifs abordés en consultation :

Les brochures, les affiches et les livres destinés aux enfants et aux parents véhiculent des messages clefs sur l'apprentissage de la maladie et son traitement et surtout sur des mises en situation. L'acquisition et la maîtrise de la lecture offrent à l'enfant un moyen supplémentaire de l'intéresser et de le rendre actif au quotidien. Les parents valorisés, poursuivent l'éducation à domicile en complément du suivi éducatif.

L'intérêt des multimédias et de l'informatique (sites internet, CD-ROM, DVD) peuvent être abordés lors de la consultation, mais ils sont rarement utilisés en cabinet ; ils sont utilisables à domicile ou dans des structures éducatives. Le site « asthme-allergies » répond

aux questions : qu'est-ce que l'asthme et quels sont les traitements utilisés ? Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique ? ; proposent une évaluation du contrôle de l'asthme chez l'enfant (questionnaire ACT en ligne). Les coordonnées nationales d'écoles de l'asthme y figurent. Des conseils sur l'autogestion de la maladie, sur l'environnement (allergie), sur l'activité physique, encouragent et rassurent les parents. Le Cédérom : « Tout en jouant...pour apprendre à soigner son asthme », destiné aux enfants asthmatiques dès l'âge de 5 ans, raconte quatre histoires ludiques et imagées d'un petit garçon et permet selon un scénario pédagogique, d'évaluer ses connaissances sur l'utilisation du traitement, la conduite à tenir en cas de crise, d'adapter son comportement en fonction des situations.

i) Autres :

D'autres outils éducatifs sont disponibles dans l'asthme de l'enfant (Maison des allergènes, jeux du souffle, étoile de compétences, le jeu du puzzle ou puzzle de santé (Cf. Annexe 9). Leur accessibilité est dépendante du degré d'implication du médecin généraliste dans sa pratique éducative. Celui-ci peut intégrer ces outils lors de consultations dédiées, sinon proposer selon les besoins du patient des activités éducatives plus élaborées utilisant ces outils lors de programmes collectifs (école de l'asthme). Dans ce dernier cas, la connaissance de ces outils reste autant indispensable pour le médecin généraliste car elle l'incite davantage à se positionner sur le choix d'outils plus adaptés, des outils compatibles avec les contraintes du cabinet ; le médecin prend aussi conscience des limites de sa pratique éducative et délègue vers d'autres professionnels de santé.

3.2.5 Des recommandations à la pratique...

L'ETP est recommandée dans la prise en charge de tout enfant asthmatique. Elle tient compte des besoins, du vécu, des croyances et des représentations de l'enfant et des parents (17). Cette ETP ne peut se résumer à la délivrance d'une information (24).

C'est pourquoi, la HAS et l'INPES (Institut Nationale de Prévention et de l'Éducation pour la Santé) ont rédigé en 2007, un guide méthodologique décrivant la « Structuration d'un programme d'ETP du patient dans le champ des maladies chroniques » pour répondre aux besoins de l'ensemble des professionnels de santé (20). Ce guide s'adresse à tout professionnel de santé impliqué dans la prise en charge d'un patient ayant une maladie chronique ; l'application de cette stratégie éducative au sein de chaque spécialité médicale et notamment celle du médecin généraliste n'y figure pas.

Afin de développer l'ETP en soins primaires, la HAS publie en 2008 un état des lieux sur l'organisation de l'ETP en France, qui révèle une pratique hétérogène sur le territoire tant au niveau de la formation (initiale ou continue), des structures éducatives, des pathologies chroniques. L'offre de l'ETP est diversifiée mais peu coordonnée entre les professionnels de santé et seulement une faible proportion de patients atteints d'une maladie chronique en bénéficie. Il existe par ailleurs une forte variabilité des rémunérations des professionnels de santé libéraux impliqués. La HAS admet aussi que les médecins généralistes n'ont pas nécessairement la possibilité ou la motivation de s'investir dans la réalisation de programmes structurés d'ETP ; ils restent des acteurs importants dans le développement de l'ETP en tant qu'initiateurs de la démarche (prescription de l'ETP) et coordinateurs de la prise en charge clinique et éducative avec un rôle important dans le maintien de l'observance et le suivi du patient (19).

L'intégration de la démarche éducative du médecin généraliste en consultation impose donc une réorganisation de sa pratique habituelle ; la posture éducative se développe davantage mais reste encore limitée à cause de certains freins.

3.2.6 Les freins de l'intégration de l'ETP en médecine générale

➤ Liés au médecin

- Le manque de temps et de disponibilité à l'ETP
- Le manque de formation et, de sensibilisation (à l'ETP et à la formation)
- L'éloignement des structures éducatives : l'isolement géographique mais aussi le manque de communication avec d'autres professionnels de santé impliqués dans l'ETP.

➤ Liés au patient et à sa famille

- Le manque de sensibilisation et d'adhésion à l'ETP.
- Les difficultés socio-économiques et la barrière linguistique
- Une évolution de la relation médecin-malade (« alliance thérapeutique »)

➤ Liés à l'organisation de l'ETP et à celle des consultations de médecine générale :

- Une activité chronophage
- Le manque de coordination entre professionnels de santé (hiérarchie médicale)
- Des référentiels plus adaptés aux programmes éducatifs et peu adaptés aux consultations libérales.
- Le manque de reconnaissance de l'ETP
- Le manque de financement adapté

4. RÉSULTATS

4.1 Taux de participation

Le questionnaire a été envoyé à 1700 médecins généralistes enregistrés à l'URPS.

81 médecins ont répondu au questionnaire. Parmi ces 81 questionnaires : 5 ne comportaient aucune réponse et 3 médecins n'ont répondu que partiellement au questionnaire (profil du médecin généraliste). Ne pouvant être interprétés, ces 8 questionnaires enregistrés sur la feuille de calcul n'ont pas été analysés.

Au total, 73 questionnaires ont été analysés, soit 4,3% des médecins sollicités.

4.2 Le profil des médecins généralistes

4.2.1 Caractéristiques des 73 médecins généralistes :

CARACTÉRISTIQUES	n (%)
Sexe	
- Hommes :	52 (71.2 %)
- Femmes :	21 (28.8 %)
Âge	
- 31-45 ans :	16 (21.9)
- 46-60 ans :	42 (57.6)
- 61-66 ans :	15 (20.5)
Âge moyen	52.3
Année d'installation	
- 1975-1987 :	28 (38.4)
- 1988-2000 :	26 (35.6)
- 2001-2013 :	18 (24.6)
- Sans réponse :	1 (1.4)
Ancienneté moyenne d'installation	21
Milieu d'exercice	
- Rural :	18 (24.6 %)
- Semi-rural :	31 (42.5 %)
- Urbain :	24 (32.9 %)
Appartenance à un réseau d'Éducation thérapeutique	
- Oui :	11 (15.1 %)
- Non :	62 (84.9 %)
Patientèle pédiatrique	
- Moyenne :	22.9 %
- Médiane :	23 %

Tableau 5 : Caractéristiques des 73 médecins généralistes

4.2.2 Pyramide des âges :

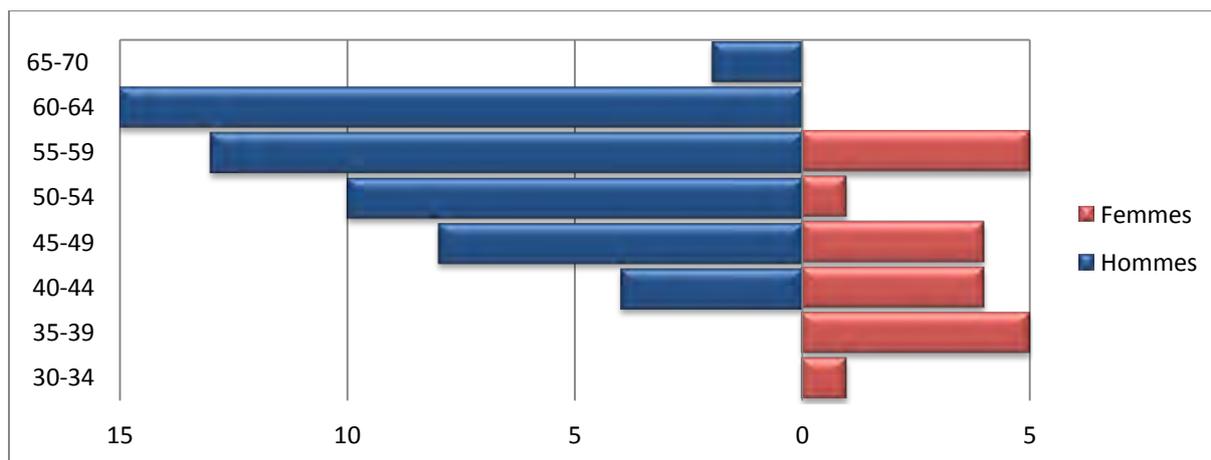


Figure 2 : Pyramide des âges des médecins répondeurs.

La moyenne d'âge des femmes était de 45.7 ans ; celle des hommes était de 55 ans.

4.2.3 La formation en Éducation thérapeutique

	Formation universitaire	Diplôme Universitaire	Formation de 40h	Formation spécifique à l'asthme de l'enfant	Souhait d'une formation future en ETP
Oui	10 (13.7)	1 (1.4)	4 (5.5)	5 (6.8)	28 (38.4)
Non	62 (84.9)	70 (95.9)	66 (90.4)	67 (91.8)	35 (47.9)
Sans réponse	1 (1.4)	2 (2.7)	3 (4.1)	1 (1.4)	10 (13.7)

Tableau 6 : Formation en Éducation thérapeutique (ETP) des médecins généralistes¹

¹ Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

4.3 La pratique de l'ETP dans l'asthme de l'enfant (n(%), % en ligne) :

Les 73 médecins généralistes :	Oui			Non	Sans réponse
	Systématiquement	Souvent	Parfois	Jamais	
Répondent simplement aux questions	38 (52.1)	9 (12.3)	9 (12.3)	0 (0)	17 (23.3)
Délivrent simplement des informations	24 (32.9)	20 (27.4)	14 (19.2)	2 (2.7)	13 (17.8)
Adoptent une stratégie de relance motivationnelle	11 (15.1)	26 (35.6)	17 (23.3)	7 (9.6)	12 (16.4)
Abordent le contrôle de l'asthme	23 (31.5)	31 (42.5)	11 (15.1)	0 (0)	8 (10.9)
Évaluent les acquis	9 (12.3)	29 (39.7)	23 (31.5)	4 (5.5)	8 (11)
Vérifient l'observance thérapeutique	30 (41.1)	27 (37)	9 (12.3)	0 (0)	7 (9.6)
Recherchent les facteurs déclenchant les crises	23 (31.5)	36 (49.3)	7 (9.6)	0 (0)	7 (9.6)
Fixent les objectifs pour la prochaine consultation	3 (4.1)	21 (28.8)	23 (31.5)	17 (23.3)	9 (12.3)
Programment leur consultation de suivi	5 (6.9)	7 (9.6)	22 (30.1)	33 (45.2)	6 (8.2)
Adressent à d'autres spécialistes	22 (30.5)	29 (40.3)	13 (17.8)	2 (2.8)	7 (9.7)
Abordent le protocole en cas de crise	25 (34.2)	28 (38.4)	12 (16.4)	1 (1.4)	7 (9.6)
Négocient un PAP	2 (2.7)	12 (16.4)	9 (12.3)	38 (52.1)	12 (16.4)
Utilisent un DEP	19 (26.0)	21 (28.8)	20 (27.4)	5 (6.8)	8 (11)
Évaluent l'utilisation du système d'inhalation	11 (15.1)	29 (39.7)	22 (30.1)	4 (5.5)	7 (9.6)
Utilisent le questionnaire ACTp		4 (5.5)		63 (86.3)	6 (8.2)
Utilisent un carnet de suivi		7 (9.6)		59 (80.8)	7 (9.6)
Connaissent un réseau éducatif, une association de famille d'enfants asthmatiques		3 (4.1)		64 (87.7)	6 (8.2)
Et les médecins généralistes :					
Ont une durée de consultation « type » de suivi :	< 15 minutes	15 minutes	Entre 15 et 30 minutes	>30 minutes	Sans réponse
	1 (1.4)	27 (37)	35 (48)	3 (4.1)	7 (9.6)

Tableau 7 : Pratiques des médecins généralistes

	Matériel d'inhalation du patient n(%)	Livres, Bandes dessinées n(%)	Brochures, affiches n(%)	Jeux (Sifflet, paille...) n(%)	Schémas anatomiques, Maquette n(%)	Informatique (internet, CD-ROM, DVD...) n(%)
Oui	52 (71.2)	6 (8.2)	15 (20.5)	12 (16.4)	21 (28.8)	9 (12.3)
Non	13 (17.8)	59 (80.8)	50 (68.5)	51 (69.9)	45 (61.6)	56 (76.7)
Sans réponse	8 (11)	8 (11)	8 (11)	10 (13.7)	7 (9.6)	8 (11)

Tableau 8 : Supports éducatifs utilisés par les médecins répondants

4.4 Les freins de l'intégration de l'ETP en consultation :

63 médecins généralistes ont répondu entièrement à cette question :

	Rang n°1 n(%)	Rang n°2 n(%)	Rang n°3 n(%)	Rang n°4 n(%)	Rang n°5 n(%)	Rang n°6 n(%)	Rang n°7 n(%)
Le manque de temps	27(42.9)	17 (27)	5 (7.9)	6 (9.5)	4 (6.3)	2 (3.2)	2 (3.2)
Le manque de formation et de sensibilisation	16(25.4)	13(20.6)	10(15.9)	6 (9.5)	5 (7.9)	8 (12.7)	5 (7.9)
Le manque d'observance thérapeutique	5 (7.9)	10(15.9)	10(15.9)	14(22.2)	14(22.2)	8 (12.7)	2 (3.2)
La corticophobie du patient et de sa famille	1 (1.6)	7 (11.1)	6 (9.5)	10(15.9)	14(22.2)	19(30.2)	6 (9.5)
L'absence de codification de « l'acte » d'ETP en médecine générale	7 (11.1)	9 (14.3)	14(22.2)	9 (14.3)	6 (9.5)	10(15.9)	8 (12.7)
Les difficultés socio-économiques	2 (3.2)	3 (4.8)	8 (12.7)	12 (19)	17 (27)	8 (12.7)	13(20.6)
L'éloignement du médecin d'une structure éducative/d'autres spécialistes	5 (7.9)	4 (6.3)	10(15.9)	6 (9.5)	3 (4.8)	8 (12.7)	27(42.9)

Tableau 9 : Freins de l'intégration de l'ETP classés par ordre d'importance (du plus important au moins important)

4.5 Analyse statistique :

Nous avons réalisé une analyse statistique des pratiques des médecins généralistes répondants selon la formation professionnelle (Cf. Tableau 10), l'appartenance à un réseau d'ETP (Cf. Tableau 11), et le genre. L'échantillon de notre étude étant petit, cette analyse montre des tendances.

Pour réaliser ces analyses statistiques, nous avons exclus les médecins généralistes « sans réponse » pour chaque critère étudié.

Nous trouvons une différence statistiquement significative entre le genre et l'utilisation du questionnaire ACTp : les femmes l'utilisent davantage (Cf. Annexe10).

Tableau 10 : Comparaison des caractéristiques et des outils utilisés par les médecins généralistes dans la prise en charge éducative de l'enfant asthmatique en fonction de la formation des médecins généralistes (ETP = Éducation thérapeutique ; ACTp = Asthma Control Test pediatric)

		Formation universitaire en ETP ?			Formation de 40 h d'ETP ?			Formation en ETP de l'enfant asthmatique ?		
		Total	Oui n(%)	p	Total	Oui n(%)	p	Total	Oui n(%)	p
Formation		72	10 (13.9)		70	4 (5.7)		72	5 (6.9)	
Âge	31-45	15	6 (40)	p<0.004	0	0	0,28	15	0	0,07
	46-60	42	2 (4.8)		40	2 (5)		42	2 (4.8)	
	61-66	15	2 (13.3)		15	2 (13.3)		15	3 (20)	
Genre	Hommes	52	3 (5.8)	0.04	51	4 (7.8)	0.22	52	4 (7.7)	0.72
	Femmes	21	6 (31.6)		18	0 (0)		19	1 (5.3)	
Réseau	Oui	11	2 (18.2)	0,67	11	1 (9.1)	0,60	11	1 (9.1)	0,76
	Non	61	8 (13.1)		59	3 (5.1)		61	4 (6.6)	
Consultations Programmées	Oui	34	7 (20.6)	0,03	34	4 (11.8)	p<0.05	34	4 (11.8)	0,17
	Non	33	1 (3)		31	0		33	1 (3)	
Débitmètre de pointe	Oui	60	8 (13.3)	0,38	58	4 (6.9)	0,54	60	5 (8.3)	0,50
	Non	5	0		5	0		5	0	
ACTp	Oui	4	1 (25)	0.55	4	0	0,60	4	0	0,56
	Non	62	0		61	4 (6.6)		63	5 (7.9)	
Carnet de suivi	Oui	7	1 (14.3)	0,96	7	0	0,47	7	2 (28.6)	p<0.009
	Non	59	8 (13.6)		58	4 (6.9)		59	2 (3.4)	
Matériel d'inhalation	Oui	52	7 (13.5)	0,57	51	4 (7.8)	0,32	52	4 (7.7)	1
	Non	13	1 (7.7)		12	0		13	1 (7.7)	
Supports éducatifs utilisés	0 à 1	34	4 (11.8)	p<0.003	32	0	p<0.0003	34	2 (5.9)	0.08
	2 à 3	25	3 (12)		25	3 (12)		25	1 (4)	
	4 à 5	7	1 (14.3)		7	1 (14.3)		7	2 (28.6)	

Tableau 11 : Caractéristiques et outils éducatifs utilisés par les médecins généralistes dans la prise en charge de l'enfant asthmatique en fonction de leur appartenance à un réseau éducatif. (ACTp = Asthma Control Test pediatric)

		Total	Médecins membres d'un réseau éducatif n(%)	P
Appartenance à un réseau		73	11 (15.1)	
Âge	31-45	16	2 (12.5)	0,38
	46-60	42	5 (11.9)	
	61-66	15	4 (26.7)	
Milieu d'installation	Rural	18	2 (11.1)	0.86
	Semi-rural	31	5 (16.1)	
	Urbain	24	4 (16.7)	
Orientation du patient vers un autre spécialiste	Oui	64	8 (12.5)	0,13
	Non	2	1 (50)	
Consultations Programmées	Oui	34	7 (20.6)	0,08
	Non	33	2 (6.1)	
Débitmètre de pointe	Oui	60	8 (13.3)	0,68
	Non	5	1 (20)	
ACTp	Oui	4	1 (25)	0,49
	Non	63	8 (12.7)	
Carnet de suivi	Oui	7	1 (14.3)	0,95
	Non	59	9 (15.3)	
Matériel d'inhalation	Oui	52	7 (13.5)	0,86
	Non	13	2 (15.4)	
Supports éducatifs	0 à 1	34	2 (5.9)	0.13
	2 à 3	25	6 (24)	
	4 à 5	7	1 (14.3)	

5. DISCUSSION

Au vu des résultats, la pratique de l'ETP des enfants asthmatiques en médecine générale en Midi-Pyrénées nous semble insuffisante. Les médecins répondants sont peu formés à l'ETP et les outils éducatifs en consultation restent encore peu utilisés.

5.1 Limites de l'enquête :

5.1.1 Méthode :

Les médecins généralistes libéraux installés dans la région Midi-Pyrénées étaient notre population cible. En 2010, cette population avait déjà suscité l'intérêt de l'URML qui avait fait une enquête sur les connaissances, les différentes pratiques et les difficultés de mise en œuvre de l'ETP (toutes pathologies confondues)(10). Notre travail s'est effectué dans la même région : ce choix peut permettre d'identifier spécifiquement les pratiques dans l'asthme de l'enfant, et ce pour élaborer une meilleure stratégie locale d'intégration de la démarche éducative en cabinet. Par ailleurs, afin de contacter un maximum de médecins, cette population devait être inscrite sur la liste de l'URPS et informatisée : ces facteurs d'inclusion représentent des biais de sélection dans le sens où nous avons restreint notre population aux 1700 médecins généralistes installés en Midi-Pyrénées, connus par adresse e-mail à l'URPS, sur les 3000 environ au total installés dans la région.

De plus, nous avons réalisé une analyse des pratiques, quantitative de type déclarative. Les médecins répondants ont tendance à surestimer leur pratique en consultation. Des biais de mémorisation et d'approximation sont donc notables. Pour y remédier, nous avons élaboré un questionnaire avec un maximum de réponses fermées, une formulation des questions la plus objective possible. Une dizaine de médecins généralistes ont testé ce questionnaire dans les mêmes conditions afin de vérifier la bonne compréhension de l'enquête et sa faisabilité.

La diffusion du questionnaire par courriel a été retenue car nous avons considéré que la majorité des médecins généralistes installés étaient informatisés et avaient un accès internet facile.

5.1.2 Résultats :

Au total, nous avons retenu et analysé 73 questionnaires, soit un taux de réponse de 4.3%. Ce faible taux de participation pouvait s'expliquer par le mode de diffusion du questionnaire : la voie électronique (via internet) a pu poser des difficultés techniques puisque 5 questionnaires sans aucune réponse ont été enregistrés. Néanmoins, la durée de recueil des questionnaires a été supérieure à 2 mois afin de relancer à trois reprises les médecins. Le courriel a pu aussi être assimilé à de la publicité. Ou encore, les médecins sollicités par d'autres enquêtes, n'ont pas pu y répondre par manque de temps, ou par manque d'intérêt pour le sujet : on peut alors se demander si ces arguments représentent un facteur limitant de l'étude, biaisée par la sélection de médecins intéressés par le sujet.

5.1.3 Représentativité de l'échantillon des médecins généralistes :

A défaut de connaître le nombre et la répartition des médecins généralistes libéraux « installés » en Midi-Pyrénées, nous avons comparé notre échantillon à celui représentant les médecins généralistes à exercice libéral et mixte de Midi-Pyrénées en 2013 (cf. Figure 6) (25).

La moyenne d'âge des médecins généralistes était de 52.3 ans, elle reste équivalente à celle de Midi-Pyrénées qui est de 53 ans.

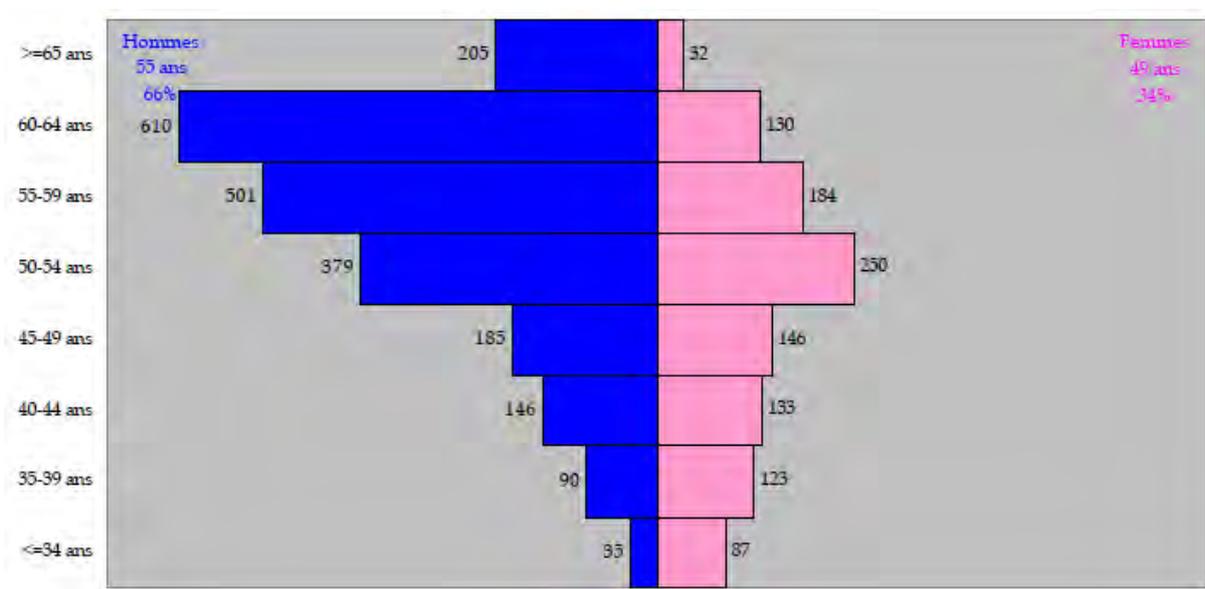


Figure 3 : Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux et mixtes de Midi-Pyrénées en 2013 (25)

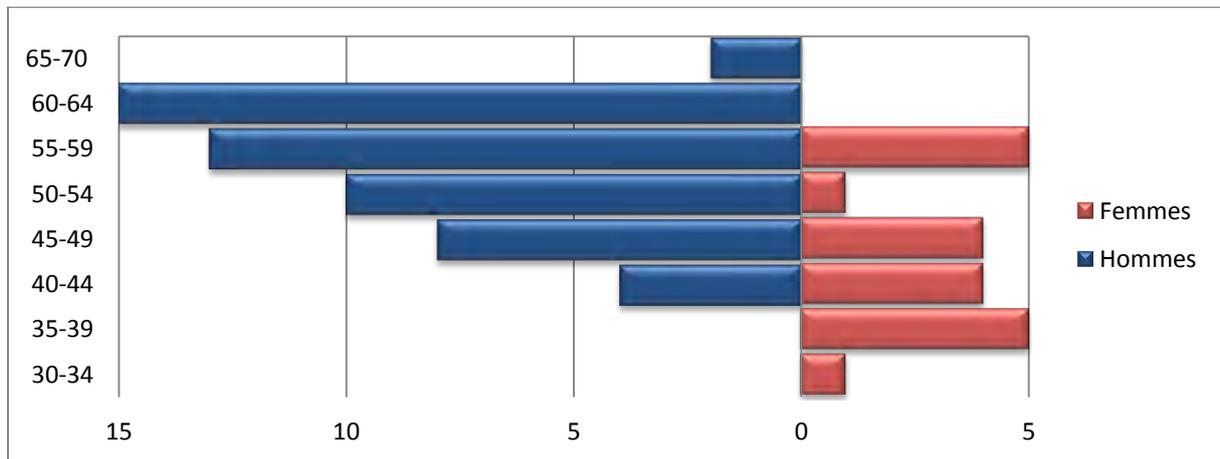


Figure 2 : Pyramide des âges des médecins généralistes répondeurs

Concernant la répartition des genres : les hommes étaient majoritaires (71.2% dans notre échantillon ; 66% dans la région), et plus âgés (55 ans en moyenne dans notre échantillon comme dans la région) que les femmes (45.7 ans en moyenne ; 49 ans dans la région). Cependant, les femmes jeunes (moins de 40 ans) étaient majoritaires (100% dans notre échantillon ; 63% dans la région). Notre échantillon est plutôt représentatif en genre et en âge de la population de Midi-Pyrénées, en notant un sous effectif des médecins généralistes hommes de moins de 40 ans.

De plus, la plupart des médecins répondeurs n'appartenaient pas à un réseau d'ETP.

5.2 Analyse des pratiques :

5.2.1 Critères de jugement :

La majorité des médecins répondeurs n'ont pas eu de formation initiale et peu d'entre eux ont bénéficié d'une formation continue sur l'ETP de l'enfant asthmatique. L'ETP s'étant essentiellement développée durant les deux dernières décennies, la moyenne d'âge des médecins généralistes (52,3 ans) explique qu'ils n'aient pas eu d'enseignement universitaire dédié. Depuis, le rapport du Haut Conseil de Santé Publique a montré en 2009 que sur le plan national : « la formation initiale en ETP était pauvre en faculté », l'évaluation des étudiants portait plus sur les connaissances techniques et moins sur les attitudes relationnelles ; l'approche centrée sur le patient ne se retrouvait que tardivement et succinctement au cours du 3^e cycle des études médicales ». Intégrer, au 2nd cycle, ces enseignements de façon *obligatoire* et inclure le contenu de ces enseignements à l'examen national classant, étaient proposés pour permettre d'intégrer durablement la démarche éducative à la pratique des médecins généralistes (24). Seulement 56% des structures de formations initiales des professionnels de santé proposaient un enseignement spécifique en

ETP (24). A ce jour, la faculté de médecine de Toulouse propose aux étudiants en médecine du second cycle : un module *optionnel* intitulé « rôle du médecin généraliste en matière de prévention », puis au 3^e cycle : un enseignement intégré sous la forme d'un séminaire intitulé « La posture éducative » (26). La faculté de médecine de Toulouse propose aussi un Diplôme Universitaire (DU) d'ETP pour les professionnels de santé : un seul des médecins répondeurs a reçu ce diplôme (27). De plus, l'analyse montre que les jeunes médecins et les femmes médecins seraient plus formés à l'université ; les femmes de moins de 40 ans représentaient 100% des médecins répondeurs de cette tranche d'âge et peut expliquer ce résultat. Ou est-ce dû à la féminisation croissante de la profession ?

La plupart des médecins généralistes déclaraient ne pas avoir eu de formation continue de 40 heures ni de formation courte sur l'ETP de l'enfant asthmatique. L'étude « Baromètre santé médecins généralistes » de 2009 montrait que seulement la moitié des médecins interrogés avait bénéficié d'une formation continue en ETP (brève en général de moins de 48 heures, par manque de temps et, sur une pathologie particulière) et que les médecins qui se formaient le plus volontiers étaient membres de réseau de santé (28) ; ceci paraît cohérent puisqu'en participant à un réseau, ils sont davantage confrontés aux autres pratiques éducatives et, sollicités pour se former. Parmi les médecins généralistes répondeurs appartenant à un réseau éducatif, nous ne trouvons pas de différence statistiquement significative dans leur pratique, mais nous observons qu'ils étaient plus âgés, installés en milieu urbain, ils avaient tendance à programmer davantage leurs consultations. Les réseaux éducatifs se situent en proximité des villes, ce qui favorise la coordination entre professionnels de santé (*Cf. Annexe11*). Les médecins membres d'un réseau connaissent mieux les outils éducatifs accessibles en médecine générale.

Enfin, peu de médecins généralistes souhaitaient participer à une formation d'ETP de l'enfant asthmatique : ce constat montre peu de sensibilisation des médecins généralistes sur le sujet et, d'autre part, un contraste avec le fait que l'asthme, avec le diabète et l'HTA sont les pathologies chroniques pour lesquelles les formations à l'ETP sont les plus suivies (10). Une pratique chronophage, des compétences considérées comme déjà acquises par la pratique clinique, ou une formation continue trop spécifique (asthme de l'enfant) par rapport à un besoin plus ciblé sur les principes de l'ETP, peuvent expliquer ces résultats. Car il existe deux niveaux de formation : le niveau 1 correspond à l'acquisition de connaissances et compétences générales propres à l'ETP (application de la démarche éducative, acquisition de la posture éducative) et, le niveau 2 correspond à l'acquisition de connaissances et

compétences spécifiques à une pathologie chronique donnée (par exemple : appropriation des outils éducatifs adaptés à la pathologie) ou spécifiques au patient (méthodes pédagogiques et techniques d'apprentissage chez l'enfant). Le niveau 0 peut correspondre à la sensibilisation du médecin (29).

Ainsi, qu'elle soit initiale ou continue, la formation des médecins généralistes participe à l'intégration de l'ETP à leur pratique ; le « développement professionnel continu » est une obligation du médecin généraliste. L'ETP ne se résume pas à la transmission d'une information ; l'éducation est aussi un processus continu où l'évaluation des acquis est permanente. L'acquisition d'une posture éducative est indispensable. La formation permet au médecin de s'interroger sur sa pratique habituelle et de quelle manière il va parvenir à intégrer ce concept en consultation, notamment par l'utilisation d'outils éducatifs. Donc, la formation aide le généraliste à se positionner quant à son degré d'implication : intégrer un réseau éducatif et participer à un programme, ou programmer des consultations dédiées, ou vérifier l'observance et assurer le suivi du patient, en coordonnant le parcours éducatif de l'enfant. Ce choix quel qu'il soit, impose une réorganisation d'une pratique, anciennement fondée sur le soin et l'organe malade, évoluant aujourd'hui vers une démarche associant soin et éducation, centrée sur la personne malade(30). La finalité de cette formation demeure dans son application quotidienne donc durable ce qui permet de proposer cette démarche éducative à tout patient ayant une maladie chronique.

Pour une meilleure adhésion des médecins généralistes aux formations continues et pour que celles-ci soient plus efficaces, les formations doivent être de courte durée (1 à 2 jours) compatibles avec l'agenda des médecins, répétées dans le temps en alternant théorie et pratique (afin de résoudre les difficultés rencontrées en pratique), et répondre aux réels besoins des généralistes(31).

5.2.2 La démarche éducative :

5.2.2.1 Organisation au cabinet :

➤ La programmation des consultations de suivi :

La proportion des médecins généralistes répondeurs qui programmaient leur consultation de suivi, était proche de celle des médecins généralistes répondeurs qui n'en programmaient pas. Ces résultats médiocres peuvent s'expliquer notamment par le motif de consultation des familles au cabinet. En effet, les parents viennent consulter pour leur enfant, bien souvent au décours d'une crise d'asthme, donc en aigu (30) ; ou alors,

demandent le renouvellement du traitement de fond au terme d'une consultation pour un autre motif. Ces situations contraignent le médecin généraliste à prendre une posture où le soin domine l'éducation. Par conséquent, le contrôle de l'asthme peut être négligé, et le traitement inadapté. Les médecins généralistes se donnent-ils assez de moyens pour programmer leur consultation de suivi ? L'intérêt de cette programmation consiste à faire le point sur la maladie pour évaluer les acquis, le savoir faire, et fixer des objectifs éducatifs négociés. Ainsi, les médecins généralistes doivent recentrer les priorités de cette consultation en mettant au même niveau éducation et soin, justifier l'intérêt de la programmer et convaincre les parents de cette planification. La revalorisation de l'ETP en médecine générale facilite la programmation de consultation dédiée à l'éducation. La codification de l'acte d'ETP (ou forfait d'ETP) en médecine générale est-elle une solution concrète ?

Par ailleurs, notre analyse montre que la formation universitaire en ETP (idem pour la formation continue de 40 heures sur l'ETP), influence la programmation des consultations de suivi des enfants asthmatiques en médecine générale.

➤ La durée de la consultation :

La majorité des médecins généralistes répondants avaient besoin de plus de 15 minutes pour cette consultation de suivi. Ce résultat est compréhensif puisque la consultation exige un temps d'écoute, d'explication, de démonstration, de négociation... Le manque de temps représente pour eux, le frein le plus important. Il semble que ces médecins n'aient pas le temps d'aborder tous les éléments qu'ils souhaitent. Pour certains médecins généralistes 15 minutes suffisent pour être efficace en négociant un objectif à mettre en pratique pour la prochaine consultation (32) : dans notre étude, ce quart d'heure suffisait pour 37% des médecins généralistes répondants.

La programmation des consultations de suivi permet au médecin généraliste de reporter à un moment plus adapté, une étape de la démarche éducative pour mieux cibler un objectif et le négocier.

5.2.2.2 La posture éducative :

L'objectif de notre travail était d'analyser la pratique « éducative » de ces médecins généralistes en consultation de suivi de l'enfant asthmatique.

Notre travail montre que le contrôle de l'asthme, l'observance thérapeutique, la recherche de facteurs déclenchants et le protocole en cas de crise étaient les thématiques abordées par les médecins généralistes. Cependant, les principaux outils éducatifs du suivi de l'asthme de l'enfant, tels que le questionnaire ACTp, le carnet de suivi, le PAP, avaient tendance à être peu utilisés contrairement au DEP, et au matériel d'inhalation du patient.

Ces thèmes favorisent l'aide à la prescription mais surtout l'approche éducative, indissociables. On remarque ainsi que les thèmes abordés en consultation et les outils éducatifs utilisés, sont recommandés dans la prise en charge de l'asthme de l'enfant (31) : les médecins généralistes ont globalement une bonne approche du « soin ». Nous remarquons en revanche que le contrôle de l'asthme était abordé mais le questionnaire ACTp était rarement utilisé. Comment alors parviennent-ils à évaluer le contrôle de l'asthme de leur patient dans une démarche éducative ? Le contrôle de l'asthme est évalué objectivement par le médecin généraliste selon les critères du GINA (13) ; néanmoins le questionnaire ACTp, réalisé par l'enfant (aidé de ses parents), le sollicite davantage afin de le rendre plus actif dans sa maladie et son traitement. L'évaluation du médecin et du patient sont complémentaires et indispensables. Nous remarquons ainsi que les médecins répondants ont privilégié la stratégie d'adaptation thérapeutique à l'éducation. Ce questionnaire est récent et peu connu, ce qui peut expliquer simplement ce constat. De même, l'utilisation du DEP par les médecins généralistes répondants était habituelle. Cependant, la programmation des consultations était insuffisante, nous nous interrogeons donc, sur les conditions de réalisation du DEP. Utilisaient-ils le DEP plus souvent en aigu ? Dans le même sens, nos résultats montrent que la majorité des médecins généralistes répondants abordaient le protocole en cas de crise ; mais, négociaient peu le PAP. Faut-il en déduire qu'ils négociaient peu le PAP avec les familles (plutôt compliantes) mais qu'ils le réalisaient quand même ? Connaissaient-ils vraiment le PAP ? En excluant ce manque de compréhension, ils avaient donc tendance à aborder plus souvent les problèmes aigus. Le manque de temps et de programmation de consultations dédiées, les attentes des familles focalisées sur la crise, l'absence de PAP préétabli, peuvent freiner la démarche éducative des médecins généralistes répondants.

Ainsi, nous constatons que les pratiques des médecins généralistes sont plus ciblées sur la stratégie d'adaptation thérapeutique que sur l'action éducative. Les patients et leurs parents viennent plus en consultation pour des situations d'urgence. Dans ces circonstances, il leur était difficile d'adopter une posture éducative. En effet, vérifier l'observance thérapeutique est essentiel (nous notons qu'elle est réalisée par l'ensemble des médecins généralistes répondeurs), mais elle a un meilleur impact éducatif pour le patient et ses parents, si le médecin l'associe à l'évaluation de l'utilisation du système d'inhalation (5% des médecins répondeurs ne la réalisaient jamais). L'utilisation par le médecin généraliste d'un outil éducatif, tel que le matériel d'inhalation du patient, ne suffit pas pour avoir une action éducative : la mise en situation de l'enfant permet de corriger ses erreurs de manipulation, elle améliore l'autogestion et l'observance thérapeutique. Enfin, la démarche éducative est un processus structuré et inscrit dans la durée : l'évaluation des acquis (réalisés systématiquement par seulement 12.3% des médecins) ne peut se faire uniquement si des objectifs ont été établis lors de la consultation précédente (4.1% des médecins). L'oubli et l'absence de notification dans le dossier médical peuvent représenter un obstacle à la continuité des étapes éducatives. L'enquête URML de 2010 montrait que moins d'un quart des médecins généralistes interrogés avait une trace écrite de leurs actions d'ETP effectuées dans l'année(10).

L'enquête URML de 2010 montrait également « qu'au-delà de la conceptualisation et de la formation, la plupart des médecins généralistes semblaient considérer l'ETP comme faisant partie intégrante de leur pratique(10). Une thèse a étudié la pratique éducative des médecins généralistes de Midi-Pyrénées : la perception de leur pratique en ETP était plutôt positive car la majorité d'entre eux pensaient faire de l'ETP (11). Pourtant, dans notre étude, les médecins généralistes semblaient être en difficulté pour adopter cette posture éducative en consultation de suivi des enfants asthmatiques. L'étude « Baromètre santé médecins généralistes » de 2009 soulignait que les médecins « néophytes » auraient une absence d'idée claire de ce qu'est l'ETP, mais que pour les autres, ils accordaient une part d'importance à l'ETP et revendiquaient une pratique clinique dans laquelle les relations avec les patients sont privilégiées ; cette étude dénonçait surtout une ambivalence des médecins entre leur attachement réel à la dimension humaine et sociale et, de l'autre, des pratiques marquées par un nombre important de patients à voir, une hétérogénéité des individus d'où une difficulté récurrente à prendre en compte les besoins de chacun (28).

Ainsi, quels obstacles freinent ces médecins généralistes dans leur démarche éducative ?

5.2.3 Les freins de l'intégration de la démarche éducative

L'étude de l'URML de 2010 montrait que les ressources locales d'ETP restaient peu connues ; nous montrons aussi que les médecins généralistes ont une faible connaissance des structures éducatives de proximité(10). Dans notre étude, les freins de l'intégration de la démarche éducative à la pratique de la médecine ambulatoire sont le manque de temps, le manque de formation et de sensibilisation du médecin, et l'absence de codification de l'acte d'ETP. Ces freins sont connus et revendiqués par les médecins. Dans les recommandations de bonnes pratiques, tout comme dans notre étude, la formation professionnelle est la réponse aux principaux obstacles. Mais, une fois formés, certains médecins généralistes peinent à faire évoluer leur pratique. Deux freins liés aux parents, nous paraissent alors intéressants : la « contrainte éthique » du médecin, et la pression exercée par les parents des enfants asthmatiques(32). En effet, la mise en œuvre de cette démarche éducative peut bouleverser la relation Médecin-Malade. Pour les patients et leur famille : quelle légitimité a le médecin généraliste à modifier son approche relationnelle, surtout quand la relation Médecin-Malade est optimale? De plus, les familles des patients, sont plus soucieuses des situations d'urgence, ce qui ralentit la démarche du médecin.

5.2.4 Des solutions pour une meilleure intégration de la démarche éducative

Le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) recommandait en 2009, une évaluation au moins annuelle, des besoins du patient en matière d'ETP, par tout médecin généraliste qui accepte de se former régulièrement (15 heures d'initiation à l'ETP, puis un séminaire de 48 heures tous les 5 ans)(33). Ceci peut d'une part, revaloriser le rôle du médecin traitant en tant que premier acteur de l'ETP et principal coordinateur (aussi en percevant une part fixe du forfait d'ETP de chaque patient concerné) ; d'autre part, favoriser les consultations programmées dédiées à une action éducative et donc sensibiliser les parents sur l'importance de la démarche éducative.

En revanche, « le manque de motivation ne se limite pas à la problématique de rémunération »(33). Les médecins généralistes pourraient être séduits par un meilleur schéma d'organisation de l'ETP notamment en mettant à leur disposition un annuaire de ressources éducatives locales. La création de boîtes à outils éducatifs largement diffusées au cabinet et d'utilisation simple au cours d'une consultation pourrait faciliter leur pratique. Ces

propositions encourageraient les médecins généralistes à mieux communiquer entre professionnels de santé. Les médecins généralistes attendent une synthèse des actions éducatives réalisées lors de programmes d'ETP au CHU, dans les courriers de sortie des patients afin d'assurer le suivi éducatif(34). Ce guide participe aussi à une meilleure coordination entre professionnels de santé.

Seulement quelques outils éducatifs dans l'asthme de l'enfant sont accessibles en consultation de suivi. La grille de recueil d'information du référentiel de la HAS sur l'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique et de sa famille en pédiatrie a été évaluée comme applicable en consultation de médecine générale et s'ajoute aux outils d'aide à la pratique éducative du médecin (9). Une revue de la littérature sur les outils de suivi d'ETP en médecine générale, montre qu'ils sont peu adaptés au patient (sur le niveau de compréhension), l'environnement psycho-social est rarement ciblé, ils sont plus efficaces sur l'amélioration des connaissances et moins sur les changements de comportements (35). Il serait intéressant d'intégrer en médecine générale des outils éducatifs plus centrés sur l'autonomisation et l'amélioration de la qualité de vie. Cependant, nous pensons aussi que le nombre d'outils ne permet pas aux médecins généralistes de mieux les connaître ou les utiliser. Le matériel d'inhalation du patient, le DEP, le questionnaire ACTp, le PAP, et le résultat de l'EFR, sont les outils de base dans la démarche éducative de l'asthme de l'enfant : la posture éducative du médecin généraliste permet une utilisation optimale. Enfin, notre étude montre, comme dans l'enquête de l'URML de 2010, que les médecins généralistes utilisent des supports éducatifs d'autant plus variés qu'ils ont été formés à l'ETP(10).

6. CONCLUSION

La pratique éducative des médecins généralistes de Midi-Pyrénées semble insuffisante dans le suivi des enfants asthmatiques. Les médecins généralistes sont peu formés à l'Éducation thérapeutique et les outils éducatifs sont peu utilisés.

Notre analyse montre que les pratiques des médecins généralistes sont davantage ciblées sur la stratégie d'adaptation thérapeutique. Les situations d'urgence dominent les priorités des consultations. Les consultations programmées pour une action éducative sont insuffisantes. Donc, les médecins généralistes ont du mal à mettre en application la démarche éducative et à adopter dans ces conditions une posture éducative.

La formation en ETP favorise la programmation de consultations, l'utilisation d'outils éducatifs spécifiques au suivi de l'asthme de l'enfant (questionnaire ACTp, carnet de suivi) et augmente le nombre de supports éducatifs utilisés. Les médecins membres d'un réseau éducatif sont plus âgés et installés en milieu urbain à proximité des structures éducatives et programment davantage leurs consultations. Cependant, le médecin généraliste ne doit pas se décharger d'actions éducatives quand il appartient à un réseau éducatif ; une étude sur la pratique de ces médecins généralistes pourrait approfondir notre analyse.

La formation en ETP permet également de mieux connaître et utiliser les outils éducatifs du suivi, spécifique de l'enfant asthmatique, accessibles et disponibles en médecine générale. Le choix des outils éducatifs utilisés par le médecin généraliste en consultation dépend de son degré d'implication dans la démarche éducative.

Les médecins généralistes doivent recentrer les objectifs de la consultation de suivi en accordant autant d'intérêt au « soin » et à l'éducation. Ils doivent donner une importance à la consultation programmée car elle répond à une demande du patient et le valorise à un moment où le patient est plus réceptif et, le médecin plus à l'écoute pour adopter une posture éducative.

Ainsi, les médecins généralistes doivent davantage intégrer des actions éducatives et adopter une posture éducative au sein de leurs consultations. Avoir une posture éducative favorise le changement du patient atteint de maladie chronique. L'ETP favorise l'acquisition de l'autonomie, de compétences en autosoins et en autoadaptation, et participe au maintien ou à l'amélioration de la qualité de vie.

Toulouse le 03.02.14

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
J.P. VINEL



5/02/14
Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC



7. BIBLIOGRAPHIE

1. Blanc F-X, Postel-Vinay N, Boucot I, de Blic J, Scheinmann P. Étude AIRE : analyse des données recueillies chez 753 enfants asthmatiques en Europe. Rev Mal Respir. oct 2002;19:585-592.
2. De Blic J, Boucot I, Pribil C, Huas D, Godard P. Niveau de contrôle de l'asthme chez l'enfant en médecine générale en France: résultats de l'étude ER'ASTHME. Archives de Pédiatrie. sept 2007;14(9):1069-1075.
3. Marguet C, Pribil C, Boucot I, Huas D, Robert J, Allaert F-A, et al. Prise en charge de l'enfant asthmatique en France: étude ÉLIOS. Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique. oct 2006;46(6):596-597.
4. De Blic J, GRAPP. Observance thérapeutique chez l'enfant asthmatique
Recommandations pour la pratique clinique. Rev Mal Respir. 2007;24:419-425.
5. Programme d'action, de prévention et de prise en charge de l'asthme (2002-2005) -
Ministère des Affaires sociales et de la Santé - [Internet]. 2002 janv. Disponible sur:
www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/asthme/index.htm
6. ANAES. Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et
adolescents : Synthèse [Internet]. 2004 sept. Disponible sur: [http://www.has-
sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/fiche_de_synth_350se_asthme.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/fiche_de_synth_350se_asthme.pdf)
7. Rapport Bachelot : pour une politique d'éducation thérapeutique du patient [Internet].
2008. Disponible sur:
www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf
8. Nouyrigat V, Réfabert L. Bilan des mercredis de l'asthme. Revue Française
d'Allergologie et d'Immunologie Clinique. nov 2001;41(7):651-658.
9. Aussel D. Education thérapeutique de l'enfant asthmatique en cabinet de médecine
générale: étude prospective de faisabilité en cabinet de médecine générale de la grille
de recueil d'information du référentiel de l'HAS, sur l'éducation thérapeutique de
l'enfant asthmatique et de sa famille en pédiatrie -109p.
Th. D : Méd : Poitiers : 2013 ; 19
10. Union Régionale des Médecins Libéraux de Midi-Pyrénées. Pratique de l'éducation
thérapeutique par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées. juin 2010.
[Internet]Disponible sur
<http://www.orsmip.org/tlc/documents/educationtherapeutique.pdf>
11. Peytavin, P. Le médecin généraliste et l'éducation thérapeutique : enquête de pratique
auprès de 224 médecins généralistes de Midi-Pyrénées-49p. Th. D : Méd : Toulouse 3 :
2012 ; 1072.
12. OMS | L'asthme. 2013 [Internet]. Disponible sur:
<http://www.who.int/respiratory/asthma/fr/>
13. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma
(GINA) [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.ginasthma.org/>.

14. Delmas M-C, Fuhrman C. L'asthme en France : synthèse des données épidémiologiques descriptives. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2010;27(2):151-159.
15. Jégu J, Schwoebel V, Sagnes-Raffy C, Delmas M-C. Tendances des hospitalisations et des recours aux urgences pour asthme aigu en région Midi-Pyrénées, France, de 1991 à 2004. *BEH*. 20^e éd. 22 mai 2007;172-174.
16. INSERM. Identification de marqueurs génétiques de prédisposition à l'asthme dans la petite enfance interagissant avec l'exposition au tabac. 2008; Disponible sur: <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/identification-de-marqueurs-genetiques-de-predisposition-a-l-asthme-dans-la-petite-enfance-interagissant-avec-l-exposition-au-tabac>
17. ANAES. Éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique : Recommandations [Internet]. 2002 juin. Disponible sur: www.has-sante.fr
18. OMS EUROPE. Education 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, Bureau régional pour l'Europe. Copenhague; 1998 mai.
19. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques : Analyse économique et organisationnelle. Rapport d'orientation [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_dorientation_analyse_economique_et_organisationnelle.pdf
20. HAS-INPES. Guide méthodologique-Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. [Internet]. 2007 juin. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
21. Traynard P-Y, Gagnayre R. Éducation thérapeutique du patient en ville et sur le territoire. Paris: Maloine; 2013. 311p.
22. Torbey P-H. Évaluation et suivi de l'asthme : le point de vue du pédiatre. *Rev Mal Respir*. 2006;23:10S34-10S36.
23. Feuillet-Dassonval C, Gagnayre R, Rossignol B, Bidat E, Stheneur C. Le plan d'action écrit : un outil pour l'autogestion de l'asthme. *Archives de Pédiatrie*. déc 2005;12(12):1788-1796.
24. HAS, INPES. L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions-réponses [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/questions_reponses_vvd_.pdf
25. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en région Midi-Pyrénées, situation en 2013 [Internet]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/midi_pyrenees_2013.pdf
26. DUMG. Département universitaire de médecine générale Toulouse : Les séminaires [Internet]. Disponible sur: <http://www.dumg-toulouse.fr/page/les-seminaires>

27. FMC DU DIU - 2012-2013_Liste_DU_DIU_Formation_Continuee.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/docs/2012-2013_Liste_DU_DIU_Formation_Continuee.pdf
28. Baromètre santé médecins généralistes 2009 - La formation continue des médecins en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/formation-continue-EPS-ETP.asp>
29. IPCEM. Questions à propos de l'éducation thérapeutique [Internet]. Disponible sur: <http://www.ipcem.org/ETP/PDF/etpQuesRep.pdf>
30. Ivernois J-F d', Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient: Approche pédagogique. Maloine; 2004. 155 p.
31. Lafont H. Comment apporter des compétences en éducation thérapeutique aux médecins généralistes: revue de la littérature et propositions de formation-50p. Th D : Méd : Toulouse 3 : 2012 ; 1018.
32. Boilevin Frendo-Rosso, L. L'éducation thérapeutique du patient asthmatique en médecine générale une expérience de consultations programmées et structurées-122p. Th D : Méd : Toulouse 3 2003; 1088.
33. HCSP. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours. [Internet]. 2009 nov. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_edthsoprre.pdf
34. Cierlak-Sindou, C. Evaluation de la satisfaction et des attentes d'un échantillon de médecins généralistes à propos des courriers de sortie des programmes d'éducation du CHU de Rangueil pour les diabétiques de type II-167p. Th. D : Méd : Toulouse : 2005; 1089-1090.
35. Scripniec, A-L. Quels outils de suivi des actions d'éducation thérapeutique du patient atteint de maladie chronique en médecine générale : revue de la littérature-38p. Th D : Méd : Toulouse 3 : 2013 ; 1049.
36. Delacourt, C. Choix thérapeutiques et adaptations. Médecine thérapeutique / Pédiatrie. 1 oct 2008;11(5):271-276.
37. De Blic J, Deschildre A, Pin I, Dubus J-C. Quand et comment modifier la prise en charge de l'asthme de l'enfant asthmatique à partir de quatre ans ? Revue des Maladies Respiratoires. oct 2009;26(8):827-835.

8. ANNEXES

1) Questionnaire



Education thérapeutique de l'enfant asthmatique (6-12 ans) en médecine générale : analyse des pratiques en Midi-Pyrénées :

Cher(e)s confrères (consœurs),

Je réalise une thèse de médecine générale sur « L'Education thérapeutique des enfants asthmatiques en médecine générale dans la région Midi-Pyrénées».

L'Education thérapeutique s'intègre pleinement dans la prise en charge de l'asthme de l'enfant. Elle a prouvé son efficacité et doit se développer davantage en soins primaires. (Recommandations ANAES 2002 : Education thérapeutique de l'enfant asthmatique)

L'objectif de ce travail est d'analyser les pratiques éducatives des médecins généralistes :
Que font les médecins généralistes de Midi-Pyrénées en matière d'éducation thérapeutique dans le suivi de l'asthme de l'enfant ?

Quels sont les moyens (outils/formations) qu'ils utilisent pour y parvenir ?

Je vous sollicite pour répondre au questionnaire ci-joint (cliquer sur le lien suivant). Cela vous prendra moins de 5 minutes.

<http://urps-mp.org/enquete/index.php?sid=12157&lang=fr>

D'avance merci pour votre participation.

Cette thèse est sous la direction du Dr ANE Serge, responsable du pôle « Education thérapeutique en soins primaires » (DUMG Toulouse).

NAGGEA Nelly (3è cycle, DES de Médecine Générale)

xxxxxxx@xxxxx.fr

**Education thérapeutique de l'enfant asthmatique (6-12 ans) en médecine générale :
analyse des pratiques en Midi-Pyrénées :**

Identité du Médecin Généraliste

1) Vous êtes

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Un Homme
- Une Femme

2) Quel est votre Age ?

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ

Année d'Installation

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ

3) Vous exercez

Veillez sélectionner une réponse ci dessous

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

4) Quelle est la part de votre patientèle en pédiatrie (en %)

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ

5) Faites-vous parti d'un réseau (ou structure) d'éducation thérapeutique ?

- Oui
- Non

Formation professionnelle :

6) Avez-vous ?

	Oui	Non	Sans réponse
Déjà eu un enseignement dédié à l'éducation thérapeutique au cours de votre cursus universitaire ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un Diplôme Universitaire (DU) d'éducation thérapeutique ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
une formation de 40 heures sur l'Education thérapeutique ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Déjà eu une formation sur l'Education thérapeutique de l'asthme chez l'enfant ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7) Souhaiteriez-vous participer à un enseignement ou une formation continue sur
l'éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique ?

- Oui
- Non
- Sans réponse

Pratique du médecin généraliste :

8) Au cours d'une consultation « type » de suivi ambulatoire pour un enfant asthmatique (6-12 ans) :

	Systematiquement	Souvent	Parfois	Jamais	Sans réponse
Vous répondez simplement aux questions :	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous délivrez simplement des informations :	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous adoptez une stratégie de « relance motivationnelle » :	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous évaluez les acquis (auto-soins, connaissances) :	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous abordez le contrôle de l'asthme :	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous abordez le protocole en cas de crise d'asthme :	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous vérifiez l'observance thérapeutique :	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous évaluez l'utilisation du système d'inhalation :	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous recherchez les facteurs déclenchant les crises :	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous fixez les objectifs pour la prochaine consultation :	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous utilisez un débitmètre de pointe (=Peak flow) :	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Remarques :

9) Utilisez-vous ?

	Oui	Non	Sans réponse
le questionnaire ACT p (Asthma Control Test pediatric) ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un carnet de suivi ?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10) Il existe des freins au développement de la pratique éducative des enfants asthmatiques en soins primaires. Classez les freins suivants (éléments de la liste) par

ordre d'importance de 1 à 7 en commençant par le plus important jusqu'au moins important.

Vos choix: Le manque de temps
Le manque de formation et de sensibilisation du médecin
Le manque d'observance thérapeutique
La corticophobie du patient et de sa famille :
L'absence de codification de « l'acte » d'Éducation thérapeutique en médecine générale :
Les difficultés socio-économiques :
L'éloignement du médecin d'une structure éducative (réseau) et ou d'autres spécialistes (pneumologue, allergologues...)

Votre classement:

1:	
2:	
3:	
4:	
5:	
6:	
7:	

Cliquer sur les ciseaux à côté de chaque élément à droite pour enlever la dernière entrée de votre liste classée

11) Vos consultations de suivi d'enfant asthmatique sont-elles programmées ?
Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui, Systématiquement
- Oui, souvent
- Oui, Parfois
- Non
- Sans réponse

12) Quelle est la durée en moyenne de votre consultation « type » de suivi d'un enfant asthmatique ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- < à 15 minutes :
- 15 minutes :
- Entre 15 et 30 minutes :
- > à 30 minutes :
- Sans réponse

13) Au cours de vos consultations de suivi, vous utilisez comme supports éducatifs :

	Oui	Non	Sans réponse
Le matériel d'inhalation du patient	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des livres / bandes dessinées	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des brochures/affiches	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des jeux (sifflet, paille...)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des schémas anatomiques/maquettes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'informatique (sites internet, CD-ROM, DVD...)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14) Négociez-vous un Plan d'Action Personnalisé (PAP) avec l'enfant et les parents que vous suivez ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui, systématiquement
- Oui, souvent
- Oui, parfois
- Non
- Sans réponse

15) Connaissez-vous un réseau ou une association de familles d'enfants asthmatiques en région Midi-Pyrénées ?

- Oui
- Non
- Sans réponse

16) Adressez-vous les enfants vers un autre spécialiste pour compléter l'évaluation de leur asthme ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui, systématiquement
- oui, souvent
- oui, parfois
- non
- Sans réponse

17) Merci de nous laissez votre adresse mail, si vous souhaitez obtenir les résultats de cette enquête :

Je vous remercie de votre participation.

2) Stratégie d'adaptation thérapeutique en fonction du niveau de contrôle de l'asthme :

Niveau de contrôle	Réduire	Conduite du traitement
Contrôlé		
Partiellement contrôlé	Augmenter	Considérer un palier supérieur pour atteindre le contrôle
Non contrôlé		Augmenter le palier pour atteindre le contrôle
Exacerbation		Traiter comme une exacerbation

		Réduire			Augmenter	
		Palier 1	Palier 2	Palier 3	Palier 4	Palier 5
		Éducation de l'asthme				
		Contrôle de l'environnement				
		Béta 2 CDA à la demande				
Options de traitement de fond	0	Sélectionner 1	Sélectionner 1	Ajouter 1 ou +	Ajouter 1 ou les 2	
		CSI faible dose	CSI faible dose + béta2 LDA	CSI moyenne ou forte dose + béta 2 LDA	Corticoïdes oraux (dose la plus faible)	
		Anti-leucotriènes	CSI moyenne ou forte dose	Anti-leucotriènes	Traitement anti IgE	
			CSI faible dose + Anti-leucotriènes	Théophylline		
			CSI faible dose + Théophylline			

Approche pour la prise en charge de l'asthme de l'enfant de plus de 5 ans, basée sur le contrôle selon le GINA(13).

CDA=courte durée d'action ; CSI = corticostéroïdes inhalés ; LDA = longue durée d'action ; IgE = ImmunoglobulineE

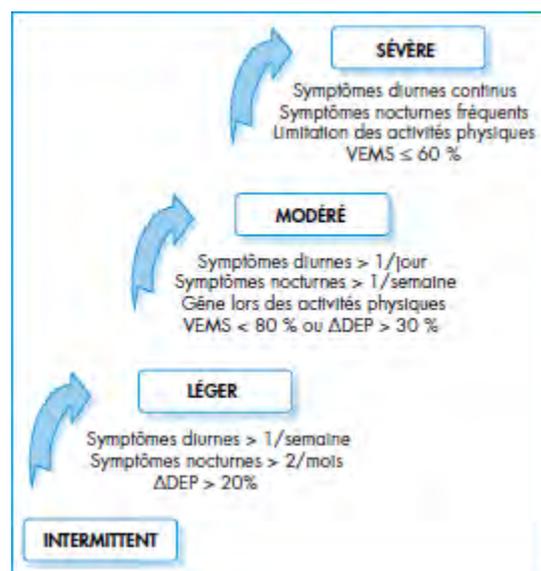
3) Stades de sévérité de l'asthme (36) :

Stade 1 : asthme intermittent

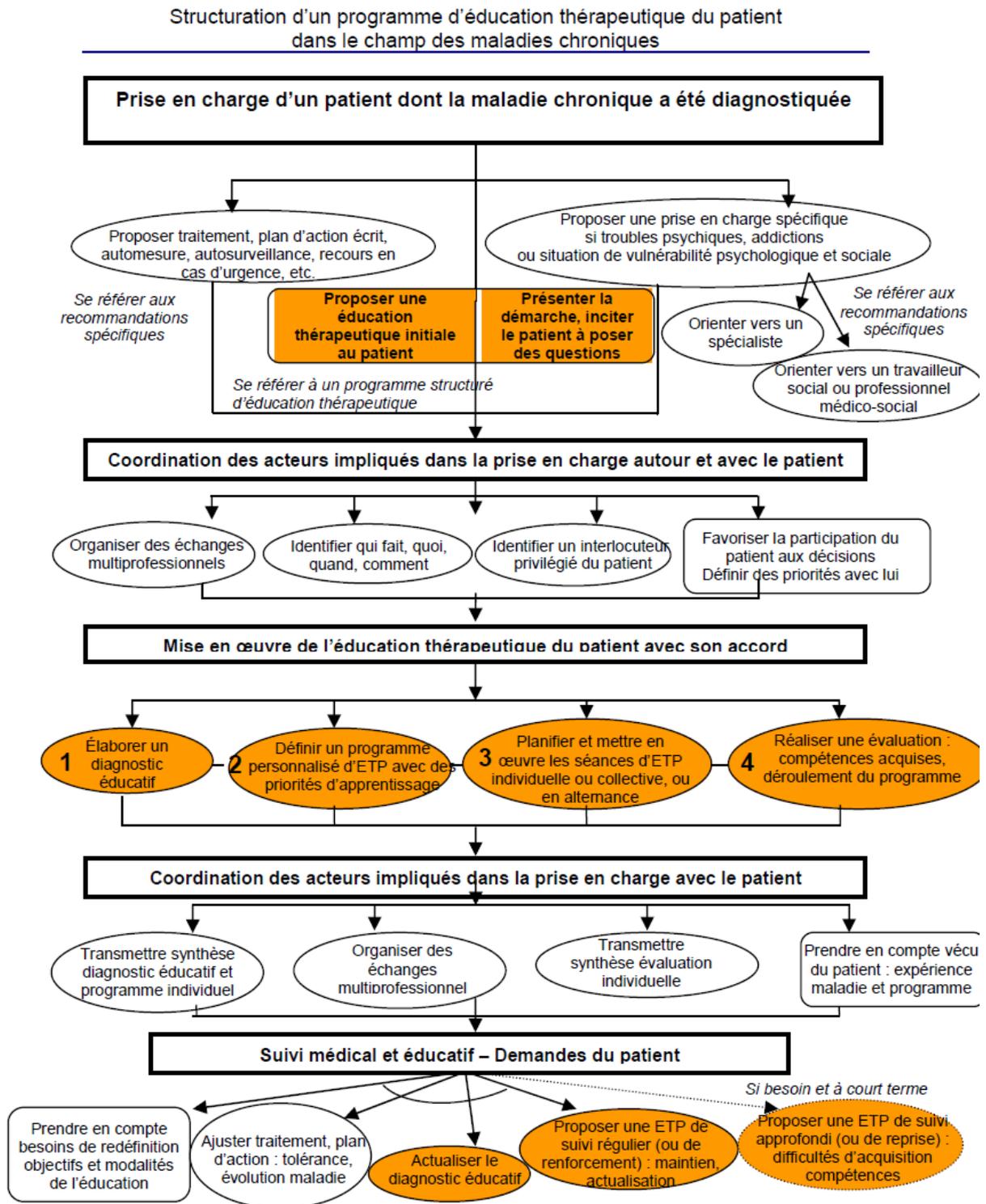
Stade 2 : asthme persistant léger

Stade 3 : asthme persistant modéré

Stade 4 : asthme persistant sévère



4) La démarche éducative :



Intégration de la démarche éducative du patient à la stratégie thérapeutique et de soins dans le champ de la maladie chronique. Les étapes en orange sont spécifiques de la démarche d'ETP(20)

5) Questionnaire ACTp : Asthma Control Test

Test de Contrôle de l'Asthme*

Test réservé aux enfants asthmatiques de 4 à 11 ans.

**FAITES CE TEST AVEC VOTRE ENFANT PUIS
DISCUTEZ DES RÉSULTATS AVEC VOTRE MÉDECIN**

Date : Nom du patient :

Demandez à **votre enfant** de répondre aux 4 questions suivantes (en l'aidant si besoin mais sans l'influencer). Inscrivez le chiffre correspondant à chaque réponse dans la case prévue à cet effet.

	0	1	2	3	Score
Comment va ton asthme aujourd'hui ?	Très mal	Mal	Bien	Très bien	<input type="text"/>
Est-ce que ton asthme est un problème quand tu cours, quand tu fais de la gymnastique ou quand tu fais du sport ?	C'est un gros problème, je ne peux pas faire ce que je veux.	C'est un problème et je n'aime pas ça.	C'est un petit problème, mais ça va.	Ce n'est pas un problème.	<input type="text"/>
Est-ce que tu tousses à cause de ton asthme ?	Oui, tout le temps.	Oui, la plupart du temps.	Oui, parfois.	Non, jamais.	<input type="text"/>
Est-ce que tu te réveilles pendant la nuit à cause de ton asthme ?	Oui, tout le temps.	Oui, la plupart du temps.	Oui, parfois.	Non, jamais.	<input type="text"/>

Veillez répondre **seul(e)** aux 3 questions suivantes (sans vous laisser influencer par les réponses de votre enfant aux questions précédentes).

Au cours des 4 dernières semaines, combien de jours votre enfant a-t-il eu des symptômes d'asthme dans la journée ?	<input type="text"/>
Au cours des 4 dernières semaines, combien de jours votre enfant a-t-il eu une respiration sifflante dans la journée à cause de son asthme ?	<input type="text"/>
Au cours des 4 dernières semaines, combien de jours votre enfant s'est-il réveillé pendant la nuit à cause de son asthme ?	<input type="text"/>

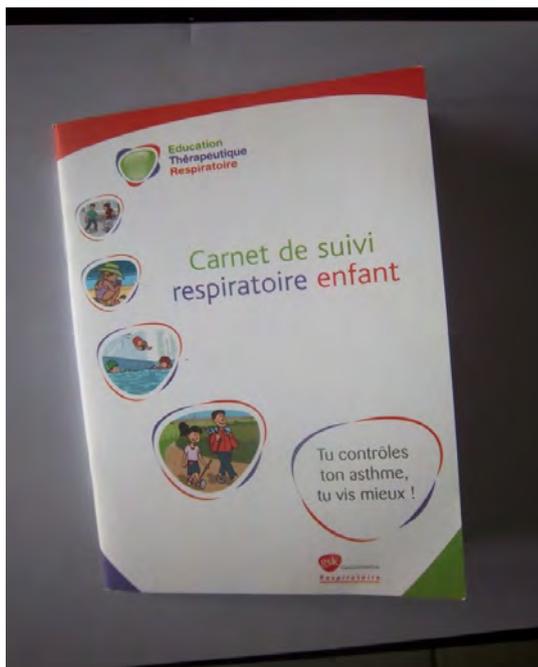
Additionnez les points pour obtenir le score total.

Score total

Si le score de votre enfant est inférieur à 20, son asthme n'est peut-être pas aussi bien contrôlé qu'il pourrait l'être. Prenez rendez-vous avec votre médecin pour discuter des résultats du Test de Contrôle de l'Asthme de votre enfant.

* Childhood Asthma Control Test.

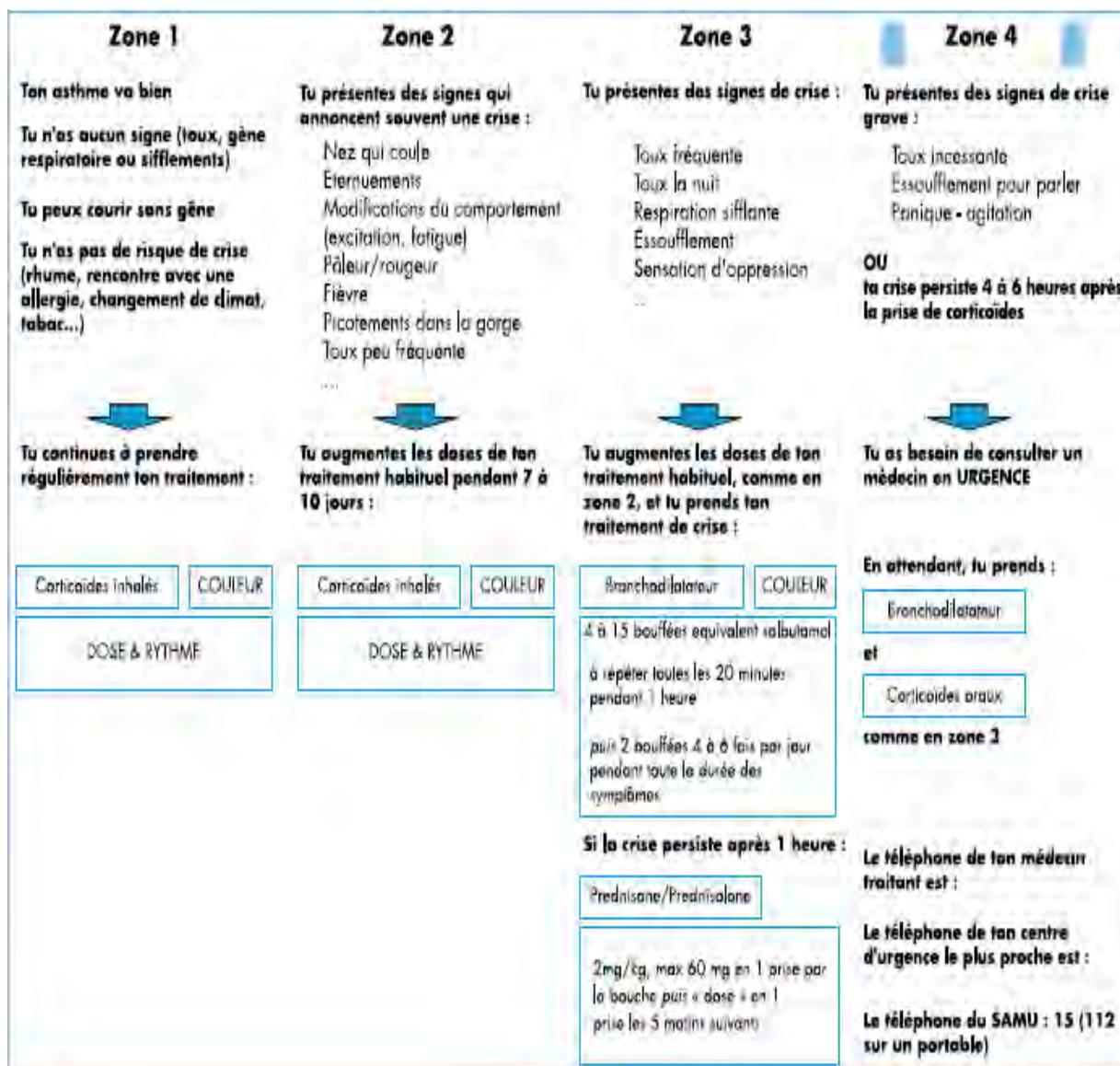
6) Le carnet de suivi respiratoire de l'enfant



7) Fréquence du suivi de l'enfant asthmatique : consultations et EFR (37) :

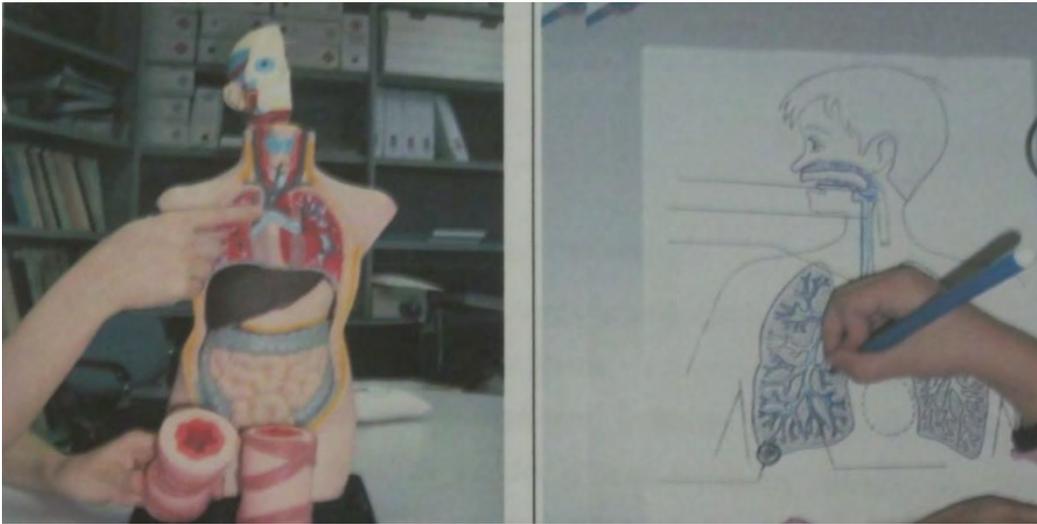
Doses CSI	Suivi minimal (mois)		Suivi optimal (mois)	
	Consultations	EFR	Consultations	EFR
Fortes	3	6	3	3
Faibles/moyennes	6	12	6	6
Pas de CSI	12	≥ 12	12	12

8) Exemple de plan d'action personnalisé (PAP) :



9) Divers outils éducatifs dans l'asthme de l'enfant

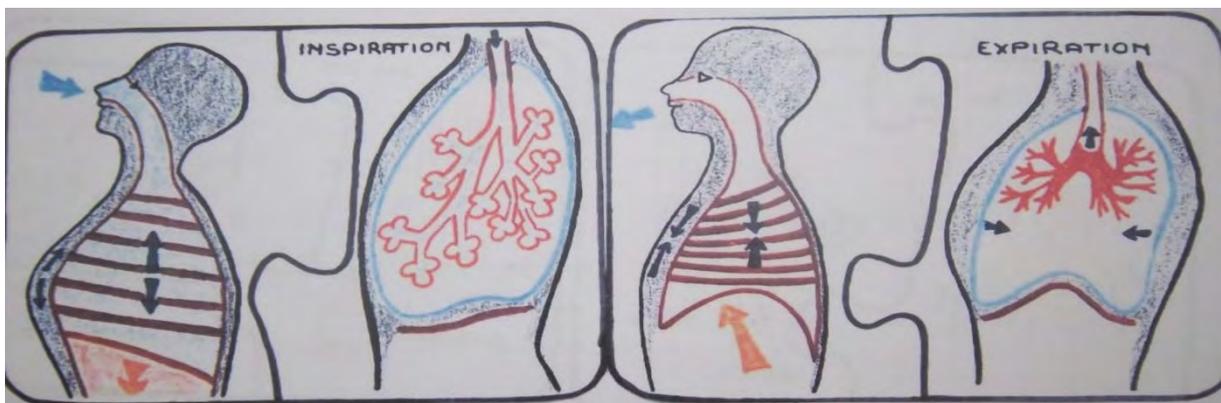
a) Schéma anatomique :



b) Maison des allergènes :



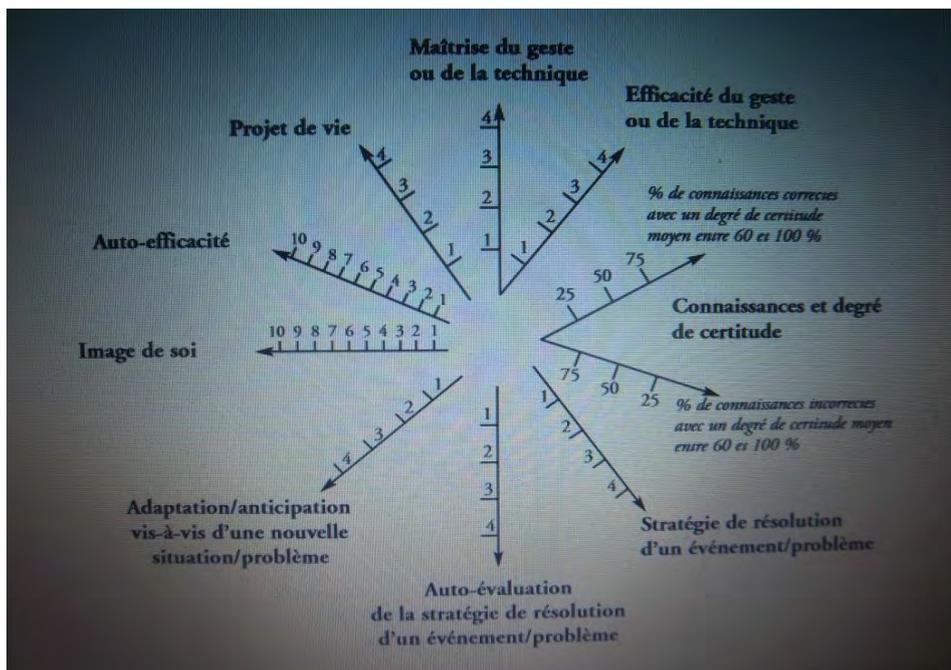
c) Le jeu du puzzle / le puzzle de santé :



d) La ronde des décisions : l'enfant est mis en situation



e) L'étoile de compétences :



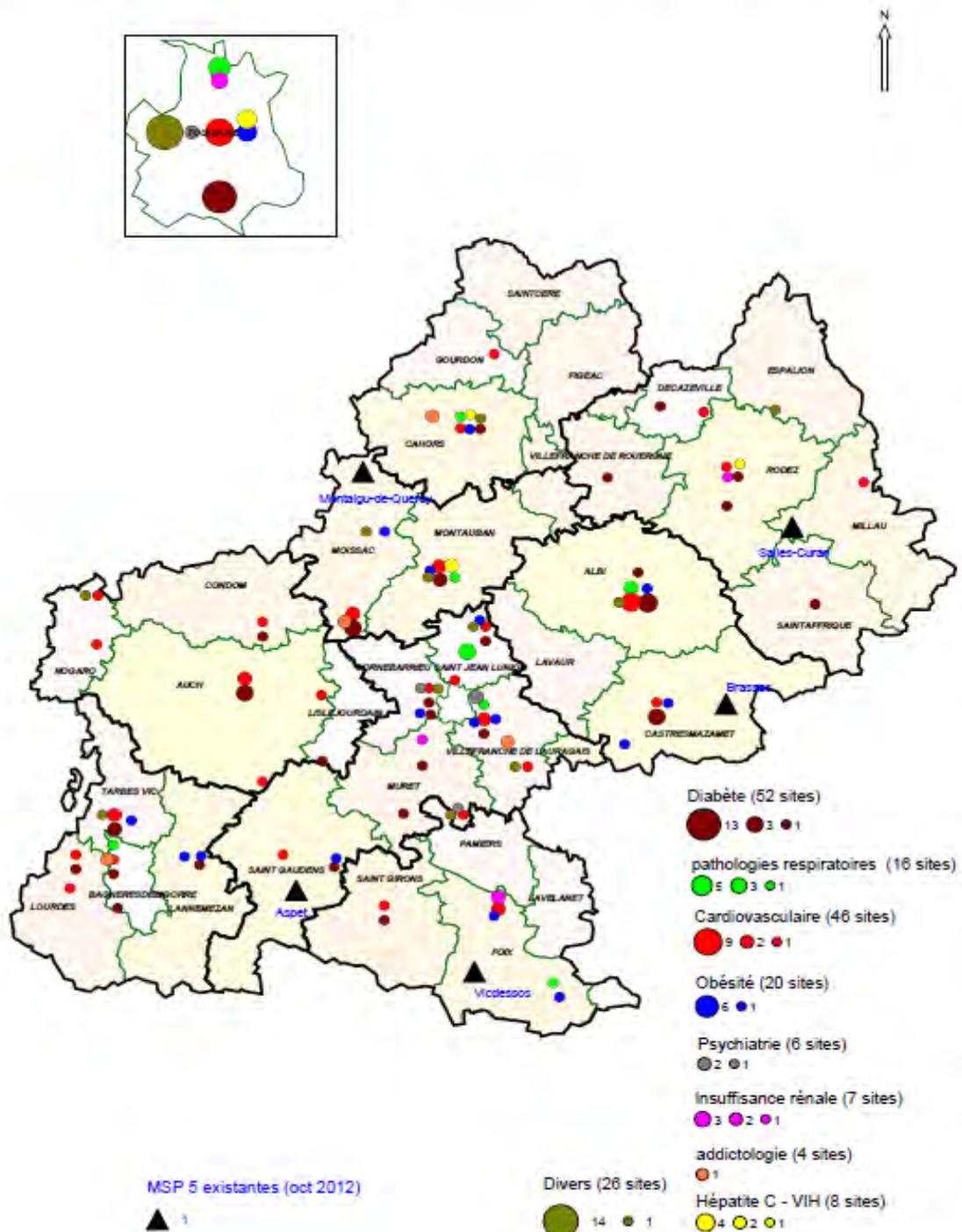
10) Caractéristiques et pratiques des médecins généralistes selon le genre, avant pondération (à gauche) et après pondération (à droite), (n(%), % en ligne) :

Caractéristiques et outils/supports utilisés		Hommes	Femmes	p
Âge (n=72)	31-45	5 (33.3)	10 (66.7)	0.77
	46-60	32 (76.2)	10 (23.8)	
	61-66	15 (100)	0 (0)	
Milieu d'installation (n=73)	Rural	15 (83.3)	3 (16.7)	0.37
	Semi-rural	20 (64.5)	11 (35.5)	
	Urbain	17 (70.8)	7 (29.2)	
Réseau (n=73)	Non	43(69.4)	19 (30.6)	0.38
	Oui	9 (81.8)	2 (18.2)	
Consultations programmées (n=47)	Oui	24 (70.6)	10 (29.4)	0,85
	Non	24 (72.7)	9 (27.3)	
DEP (n=65)	Oui	43 (71.7)	17 (28.3)	0,58
	Non	3 (60)	2 (40)	
ACTp (n=67)	Oui	1 (25)	3 (75)	p<0.05
	Non	47 (74.6)	16 (25.4)	
Carnet de suivi (n=66)	Oui	5 (71.4)	2 (28.6)	0,99
	Non	42 (71.2)	17 (28.8)	
Inhalateur (n=65)	Oui	36 (69.2)	16 (30.8)	0,27
	Non	11 (84.6)	2 (15.4)	
Supports éducatifs (n=66)	0 à 1	24 (70.6)	10 (29.4)	0.90
	2 à 3	19 (76)	6 (24)	
	4 à 5	5 (71.4)	2 (28.6)	

Caractéristiques et outils/supports utilisés		Hommes	Femmes	p
Âge (n=72)	31-45	5 (16.7)	25 (83.3)	0.56
	46-60	32 (56.1)	25 (43.9)	
	61-66	15 (100)	0 (0)	
Milieu d'installation (n=70)	Rural	15 (68.2)	7 (31.8)	0.14
	Semi-rural	20 (42.6)	27 (57.4)	
	Urbain	17 (50)	17 (50)	
Réseau (n=71)	Non	43 (66.2)	22 (33.8)	0.89
	Oui	9 (64.3)	5 (35.7)	
Consultations programmées (n=47)	Oui	24 (49)	25 (51)	0.71
	Non	24 (52.2)	22 (47.8)	
DEP (n=65)	Oui	43 (50.6)	42 (49.4)	0.50
	Non	3 (37.5)	5 (62.5)	
ACTp (n=67)	Oui	1 (12.5)	7 (87.5)	p<0.05
	Non	47 (54)	40 (46)	
Carnet de suivi (n=66)	Oui	5 (50)	5 (50)	0.84
	Non	42 (50)	42 (50)	
Inhalateur (n=65)	Oui	36 (47.4)	40 (52.6)	0.12
	Non	11 (68.7)	5 (31.3)	
Supports éducatifs (n=66)	0 à 1	24 (49)	25 (51)	0.82
	2 à 3	19 (55.9)	15 (44.1)	
	4 à 5	5 (50)	5 (50)	

11) Topographie des programmes d'éducation thérapeutique et des réseaux éducatifs par thème et bassin, issue de l'Agence Régionale de Santé de la région Midi-Pyrénées.

Lieux d'implantation des programmes ETP autorisés par thème & bassin (nb:185)



Cartes & Données V6 - © Artique IGN GEOFLA 2000ARS MIDIPY-DPSSMS-PM- situation à oct. 2012

L'éducation thérapeutique des enfants asthmatiques en médecine générale : Analyse des pratiques en Midi-Pyrénées.

Toulouse, le 25 Février 2014

L'Éducation thérapeutique (ETP) est recommandée dans la prise en charge de l'enfant asthmatique. Cependant, peu d'études en France évaluent la pratique éducative des médecins généralistes (MG). L'objectif de cette étude était d'analyser les pratiques des MG de Midi-Pyrénées dans le suivi des enfants asthmatiques et d'identifier les moyens (outils/formations) qu'ils utilisent pour y parvenir. Les MG installés en Midi-Pyrénées ont été interrogés par questionnaire électronique de septembre à novembre 2013. Nous avons analysés 73 questionnaires. Les MG sont peu formés à l'ETP, utilisent peu d'outils éducatifs. Leur pratique éducative est insuffisante car les consultations, rarement programmées, sont ciblées sur la stratégie d'adaptation thérapeutique et les situations aiguës. Les consultations programmées permettent aux MG d'intégrer plus d'actions éducatives en cabinet et, d'adopter une posture éducative : le patient est valorisé et donc plus réceptif.

Titre en anglais : The therapeutic education of the asthmatic child in general medicine: Analysis of the practices in Midi-Pyrénées.

Résumé en anglais : The therapeutic Education (ETP) is recommended in the care of every asthmatic child. However, few studies in France estimate the educational practice of the general practitioners on this matter. The objective of this study was to analyze the practices of the general practitioners of Midi-Pyrénées in the follow-up of the asthmatic children and to identify the average (tools/training) which they use to reach there? The general practitioners installed in Midi-Pyrénées were questioned by electronic questionnaire from September till November, 2013. We analyzed 73 questionnaires. The general practitioners are little formed in the ETP, use few educational tools. Their educational practice is insufficient because the consultations, rarely programmed, are targeted at the strategy of therapeutic adaptation and the acute situations. The programmed consultations allow the MG to integrate more educational actions into office and, to adopt an educational posture: the patient in valued and approachable thus.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots clés : Éducation thérapeutique, Asthme de l'enfant, Médecine Générale, Outils éducatifs.

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directeur de thèse : Docteur ANÉ Serge.