

# Education thérapeutique, hospitalisation à domicile et loi Léonetti : la perception des médecins généralistes



**Enquête n°5  
Pays de la Loire  
2009**

Ce document vient clore la communication des résultats du premier panel d'observation des conditions d'exercice en médecine générale, mis en œuvre dans les Pays de la Loire entre 2007 et 2009.

450 médecins généralistes de la région, interrogés au cours de cinq enquêtes, sont venus enrichir de leurs propres regards et expériences les connaissances dans les domaines suivants : environnement professionnel, rythmes de travail, réseau professionnel, formation médicale continue, recommandations de bonnes pratiques, modes de rémunération, vécu du travail et impacts sur leur état de santé...

Cette cinquième publication régionale, s'intéresse à trois sujets :

- Les services d'HAD sont relativement peu développés dans les Pays de la Loire, et le panel montre que ces activités sont encore loin d'être bien identifiées par tous les médecins généralistes de la région.

- Alors que l'éducation thérapeutique trouve progressivement sa place dans le paysage sanitaire, les résultats de cette cinquième enquête mettent en avant le souhait des praticiens de s'impliquer dans le développement de ces pratiques. La prise en charge des maladies chroniques constitue, en effet, le cœur de leur activité.

- La dernière décennie a introduit la possibilité pour les patients d'accéder légal-

1	Hospitalisation à domicile	2-5
2	Education thérapeutique	6-9
3	Accès au dossier médical, loi Léonetti	10
	Éléments de méthodologie, références bibliographiques	11

ment à leur dossier médical et de rédiger des "directives anticipées". Ce document apporte des éléments sur l'utilisation de ces dispositifs en médecine générale.

L'un des atouts de ce panel a été sa mise en œuvre de façon concomitante dans quatre autres régions, aux caractéristiques d'implantation et d'exercice des médecins généralistes différentes, ce qui a permis d'enrichir les résultats des Pays de la Loire d'éléments de comparaison.

Un deuxième panel de médecins généralistes a pris le relais pour la période 2010-2012, permettant la poursuite de ces travaux, et le suivi des tendances évolutives. Ce dispositif, qui ne comporte plus que trois échantillons régionaux (Pays de la Loire, Bourgogne et Provence-Alpes-Côte d'Azur) au lieu de cinq auparavant, s'est enrichi d'un échantillon national.

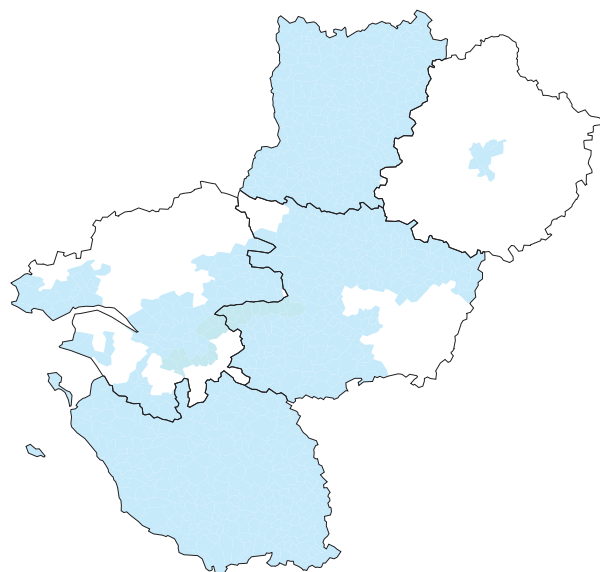
### Encadré 1 - L'offre d'hospitalisation à domicile (HAD) dans les Pays de la Loire

L'hôpital à domicile de la région nantaise, première structure d'hospitalisation à domicile (HAD) des Pays de la Loire, a démarré son activité en 1980, soit vingt-trois ans après celle mise en place au sein de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (1957), pionnier en la matière.

A la date de la cinquième vague d'enquête du panel en médecine générale (printemps 2009), huit structures d'HAD sont implantées dans la région, (voir ci-dessous). Depuis, deux structures supplémentaires ont été créées : l'une en Maine-et-Loire (Saumur/Doué-la-Fontaine) et l'autre en Sarthe (Château-du-Loir), et les zones d'intervention des structures existantes ont été étendues.

#### Zone couverte par une structure HAD dans les Pays de la Loire,

à la date de l'enquête (septembre 2009)



	Nombre de structures	Part du territoire couvert par les services d'une structure d'HAD	Proportion de généralistes installés dans une zone couverte par une structure d'HAD
Loire-Atlantique	3	42 %	76 %
Maine-et-Loire	2	77 %	85 %
Mayenne	1	100 %	100 %
Sarthe	1	7 %	46 %
Vendée	1	100 %	100 %
<b>Pays de la Loire</b>	<b>8</b>	<b>64 %</b>	<b>80 %</b>

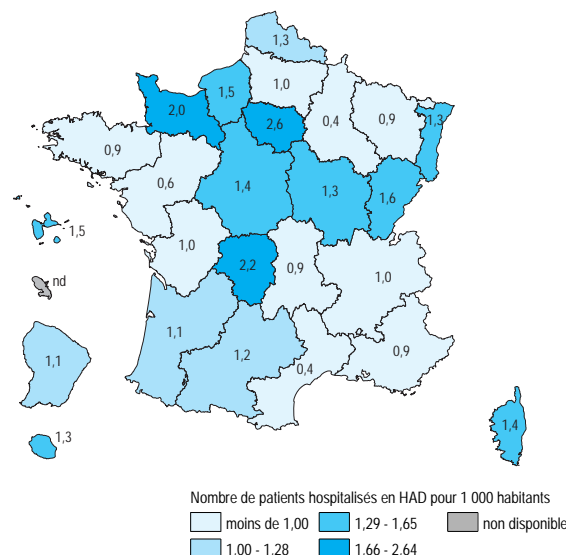
Source : ARS Pays de la Loire

En 2009, 2 235 patients ont bénéficié d'un séjour en HAD dans les Pays de la Loire, soit un taux de 0,6 pour 1 000 habitants, deux fois plus faible que la moyenne nationale (1,3 ‰). Les Pays de la Loire font partie des régions dans lesquelles cette activité est la moins développée, le taux variant de 0,4 ‰ en Languedoc-Roussillon à 2,6 ‰ en Ile-de-France<sup>[1]</sup>.

La durée moyenne d'un séjour complet s'élève à 28 jours (24,5 jours France entière) et le nombre moyen de séjours par patient est de 2 sur l'année (1,6 France entière).

Dans les Pays de la Loire, comme au plan national, le mode de prise en charge (MPC) principal le plus fréquent correspond aux "soins palliatifs" (28 % des journées). Viennent ensuite les "pansements complexes" (18 %), et les "soins de nursing lourds" (16%).

#### Nombre de patients hospitalisés en HAD pour 1 000 habitants en 2009



Sources : ATIH, Insee

# Hospitalisation à domicile

Longtemps considérée comme une "alternative à l'hospitalisation", l'hospitalisation à domicile (HAD) est désormais reconnue comme une activité à part entière, et depuis la "loi HPST" du 21 juillet 2009, son appellation est légalement protégée [2]. Les services d'HAD "permettent d'assurer au domicile du malade, pour une durée limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes" [3]. L'offre d'HAD est très diverse : certains services sont d'origine hospitalière alors que d'autres, de type associatif ou constitués en sociétés, sont plutôt nés à l'initiative de médecins libéraux. L'admission en HAD s'effectue à la demande d'un médecin hospitalier ou du médecin traitant. Elle concerne "les malades quel que soit leur âge, atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé" [4]. En 2008, l'HAD, qui est soumise à la tarification à l'activité (T2A), représente 3 % des journées d'hospitalisation complète en médecine-obstétrique et SSR dans les Pays de la Loire (4 % au plan national) [5].

Le médecin traitant est "responsable de la prise en charge du patient pour lequel il dispense des soins de façon périodique. Il assure le suivi médical et la surveillance des soins lors de ses visites". Il est le garant de l'état de santé et du traitement du malade [6]. Coordination des soins, communication et partage d'informations, planification et suivi des soins, évaluation régulière des besoins... sont les maîtres mots de la prise en charge d'un patient en HAD. Celle-ci nécessite également la collaboration active de l'entourage, et la prise en compte de certaines contraintes matérielles (aménagement du logement, possibilité d'y installer un lit médicalisé...).

La permanence des soins s'organise autour de dispositifs spécifiques : un système de communication assure 24h/24 une liaison entre les patients, leur famille et les professionnels de l'HAD d'astreinte [7]. Les médecins traitants peuvent être sollicités, y compris en dehors de leurs périodes de garde, avec toutefois des situations variables en fonction de conventions locales.

La cinquième vague d'enquête du panel a permis de recueillir la perception que les médecins généralistes ont de ce dispositif, notamment à travers la manière dont ils l'utilisent, ou pas.

## L'HAD : une activité hospitalière reconnue comme telle par la majorité des médecins généralistes...

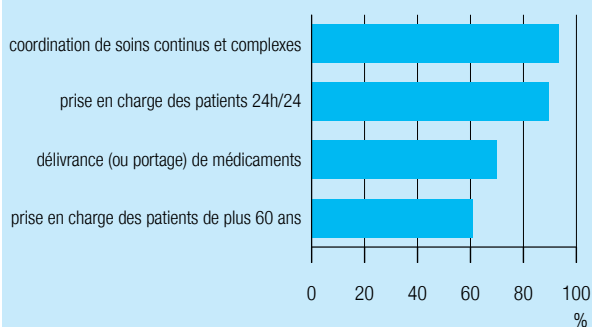
La majorité des généralistes semblent reconnaître l'HAD comme une activité hospitalière : 72 %<sup>1</sup> d'entre eux la déclarent *susceptible de prendre en charge une partie des hospitalisations conventionnelles*.

Plus de 90 %<sup>1</sup> des praticiens considèrent que "la prise en charge 24h/24" et "la coordination de soins continus et complexes" sont les missions de l'HAD qui les intéressent le plus dans leur pratique (fig1).

Concernant leur propre rôle, 72 %<sup>2</sup> des médecins déclarent *penser qu'ils pourraient réaliser eux-mêmes certaines missions de l'HAD, toutes ou la plupart (27 %), ou quelques-unes (45 %)*.

**Fig1. Missions de l'HAD qui intéressent le plus les généralistes Pays de la Loire**

Proportion<sup>(1)</sup> de généralistes déclarant que parmi les missions de l'HAD, celles qui les intéressent le plus dans leur pratique sont la...



Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URPS.ml, Fnors - Vague 5 Exploitation ORS, URPS.ml des Pays de la Loire

(<sup>1</sup>) voir note 1

1,2. question à choix de réponses "fermées". Voir précisions sur les modalités de calculs en annexe 1 sur le site [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com) (rubrique données de santé, Panel d'observation en médecine générale).

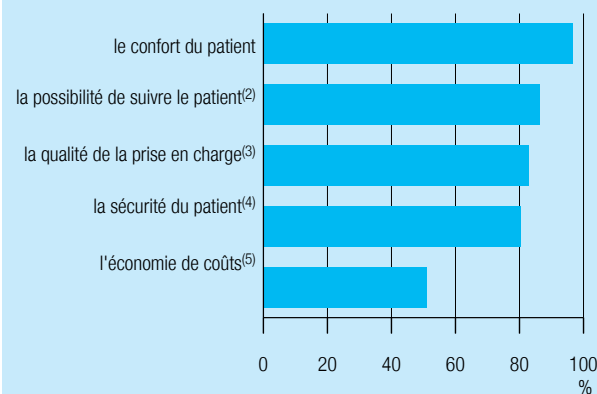
### ... mais qui apparaît mal identifiée

43 %<sup>3</sup> des généralistes des Pays de la Loire déclarent l'absence de services d'HAD dans leur secteur d'exercice. Même si le territoire régional n'est pas entièrement couvert à la date de l'enquête (juin à septembre 2009), cette fréquence apparaît surestimée au regard des données administratives, selon lesquelles la proportion de généralistes installés dans une zone non couverte par les services d'une structure d'HAD s'élève à 20 % (encadré 1). Cet écart peut, du moins en partie, résulter d'une mauvaise identification des structures par certains professionnels.

Parmi les généralistes qui mentionnent la présence d'un service d'HAD, plus de la moitié déclarent y avoir adressé des patients au cours des douze derniers mois<sup>4</sup>. Ce résultat apparaît surestimé au regard des informations enregistrées par les structures d'HAD de la région. Cette divergence peut, du moins en partie, s'expliquer par le fait que l'indicateur recouvre deux cas différents : celui d'une hospitalisation déclenchée par le généraliste lui-même et celui d'une hospitalisation initiée par le service d'HAD, avec l'accord du médecin traitant. Le questionnaire ne permet pas de distinguer ces deux situations.

**Fig2. Raisons motivant le recours à l'HAD - Pays de la Loire**

Proportion<sup>(1)</sup> de généralistes déclarant que les raisons qui ont motivé l'orientation de leur dernier patient pour lequel ils ont eu recours à l'HAD sont...



Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URPS.ml, Fnors - Vague 5 Exploitation ORS, URPS.ml des Pays de la Loire

(1) voir note 5 (calculée parmi les 148 généralistes concernés)

(2) la possibilité de continuer à suivre le patient

(3) ...des patients en HAD

(4) ... (absence de risques d'infection liés aux soins)

(5) une économie de coûts pour l'assurance maladie

### Une orientation principalement motivée par le confort du patient

Pour étudier les motivations des médecins généralistes à orienter ou non leurs patients en HAD, le panel s'intéresse à l'opinion des praticiens "utilisateurs", c'est-à-dire y "ayant adressé l'un de leurs patients au cours des 12 derniers mois". En considérant le cas de leur dernier patient adressé en HAD, ces médecins doivent indiquer lors de l'entretien s'ils adhèrent ou non à chacune des affirmations susceptibles d'expliquer l'orientation en HAD, proposées par l'enquêteur.

Un principe analogue est utilisé pour expliquer la non-prise en charge par l'HAD, en considérant cette fois le dernier cas de patient hospitalisé.

Le confort du patient est la raison ayant motivé l'orientation de leur dernier patient pour lequel ils ont eu recours à l'HAD la plus souvent déclarée par les médecins généralistes (97 %<sup>5</sup>). Vient ensuite la possibilité de continuer à assurer le suivi du patient, la qualité de la prise en charge et la sécurité du patient vis-à-vis du risque infectieux (entre 81 % et 86 %<sup>5</sup>). L'économie de coûts pour l'assurance maladie est moins souvent citée (51%<sup>5</sup>) (fig2).

Par ailleurs, 94 %<sup>5</sup> des praticiens estiment que l'HAD a répondu à leurs attentes pour ce patient.

Les médecins soulignent également qu'une hospitalisation à domicile nécessite un environnement adapté. Ils expliquent ainsi leur non-recours aux services d'HAD pour leur dernier patient hospitalisé principalement par l'isolement sociofamilial ou l'isolement géographique du patient (52 %<sup>6</sup>).

Viennent ensuite des raisons plus "administratives" : la perte de temps que l'HAD entraîne pour le médecin (démarche administrative) ou le fait que le service d'HAD n'ait pas pris en charge le patient qu'ils avaient souhaité lui adresser ou encore le manque d'attractivité financière de l'HAD (46 %<sup>6</sup>), puis le fait que l'hôpital soit plus sécurisant (32 %<sup>5</sup>). La peur de perdre leur responsabilité de médecin traitant pour ces patients est rarement mentionnée (3 %<sup>5</sup>).

3,4,5,6. question à choix de réponses "fermées". Voir précisions sur les modalités de calculs en annexe 1 sur le site [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com) (rubrique données de santé, Panel d'observation en médecine générale).

### Une orientation en HAD plus fréquente pour les médecins en groupe

Les analyses multivariées (encadré 2) montrent que les praticiens qui effectuent des gardes déclarent un peu plus souvent l'HAD comme susceptible de prendre en charge une partie des hospitalisations conventionnelles (78 % vs 66 %) et penser pouvoir réaliser eux-mêmes certaines de ses missions (83 % vs 64 %), mais ils ne sont pas plus nombreux à déclarer y avoir adressé des patients au cours des douze derniers mois<sup>7</sup>.

L'orientation<sup>7</sup> est plus fréquente si le médecin exerce en groupe (39 % vs 26 % s'ils sont seuls), ou en zone urbaine (37 % vs 26 % s'ils sont en zone rurale), en lien avec l'offre disponible dans ces zones.

Concernant les caractéristiques démographiques, les médecins femmes sont un peu moins nombreuses à adresser des patients en HAD (28 % vs 35 % pour les hommes<sup>7,8</sup>), et à considérer pouvoir réaliser elles-mêmes certaines de ses missions (66 % vs 76 %<sup>8</sup>).

Les praticiens de moins de 47 ans partagent plus fréquemment l'idée que l'HAD peut prendre en charge une partie des hospitalisations conventionnelles (78 % vs 69 % pour les plus âgés<sup>9</sup>), tout en y orientant moins souvent leurs patients (24 % vs 36 %<sup>9</sup>).

### Indemnisation de leurs interventions en HAD : quelle opinion des généralistes ?

L'adoption de la loi HPST a reconnu la possibilité pour les établissements d'HAD de déroger au paiement à l'acte pour les professionnels de santé avec lesquels ils sont amenés à travailler, sauf pour les médecins généralistes. Ces derniers sont indemnisés par la structure selon la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), et les actes non inscrits doivent être assimilés à un acte ou un forfait comparable pour être rémunérés.

Un forfait de coordination ou un acte spécifique représente pour la majorité des praticiens les modes de rémunération qui correspondent le mieux aux réunions de coordination (avec déplacement) (82 %<sup>10</sup>) et aux autres tâches (permanence téléphonique, tâches administratives, tenue du dossier) qu'ils sont amenés à réaliser (85 %<sup>10</sup>). Quant

aux visites à domicile, 63 %<sup>11</sup> déclarent qu'elles devraient faire l'objet d'une rémunération supérieure au tarif habituel ou d'un forfait global pour les visites.

Concernant la prise en charge des actes médicaux en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet, 21 % des médecins estiment qu'elle relève plutôt d'une permanence de soins négociée en fonction des spécificités locales, 65 % de la permanence des soins habituelle, et 14 % qu'elle ne relève pas des missions du généraliste. Ces proportions sont un peu différentes lorsque le praticien déclare la présence de structures d'HAD dans sa zone d'exercice (respectivement 33 %, 50 % et 17 %).

### Comparaisons régionales

Les structures d'HAD sont inégalement réparties sur le territoire. En 2008, le taux de patients hospitalisés à domicile varie dans les cinq régions du panel entre 0,6 ‰ (Pays de la Loire) et 2 ‰ (Basse-Normandie) (encadré 1). Ces différences expliquent, du moins en partie, que l'absence de services d'HAD dans leur secteur d'exercice est plus souvent déclaré dans les Pays de la Loire (42 % vs 31 % dans les autres régions), et que l'orientation de patients est plus fréquent en Basse-Normandie (43 % vs 36 %<sup>7</sup>) (fig3). Les médecins ligériens considèrent aussi souvent que ceux des autres régions les structures d'HAD comme susceptibles de prendre en charge une partie des hospitalisations conventionnelles, mais moins fréquemment pouvoir réaliser eux-mêmes "toutes ou la plupart" de leurs missions (27 % vs 36 %).

L'opinion portée sur l'indemnisation des interventions en HAD est similaire à celles des autres régions.

Fig3. Comparaisons régionales

	Pays de la Loire	Bourgogne	Basse-Normandie	Bretagne	PACA
Proportion de généralistes déclarant, au cours des douze derniers mois,...					
- l'absence de structure dans leur zone d'exercice	42 %	39 %	29 % *	34 % *	27 % *
- avoir adressé l'un de leurs patients aux services d'HAD <sup>(1)</sup>	34 %	35 %	43 % *	34 %	38 %
- ne pas avoir adressé de patients aux services d'HAD, malgré leur présence	24 %	26 %	28 %	32 % *	35 % *
effectif	441	265	196	388	585

Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URPS.ml, Fnors - Vague 5 Exploitation ORS, URPS.ml des Pays de la Loire

\* Indique que la différence entre les fréquences observées dans les Pays de la Loire et la région étudiée est statistiquement significative (p < 0,05).

<sup>(1)</sup> voir note 7

7. malgré le problème de surestimation de cette proportion (voir § 2 page 4), les comparaisons selon les caractéristiques des médecins restent pertinentes à étudier. Proportion calculée par rapport à l'effectif total.

8. à structure d'âge identique

9. à structure selon le sexe identique

10,11. voir note 3 page 4



## Education thérapeutique

Délivrer au patient atteint de maladies chroniques des informations sur l'évolution de sa pathologie et des thérapeutiques mises en œuvre, l'inciter à adapter ses habitudes de vie (alcool, tabac, nutrition, exercices physiques...), échanger avec lui sur la compréhension et le suivi des prescriptions... sont au cœur de l'acte de soins. L'éducation thérapeutique du patient (ETP), dont l'objectif est "d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique", vise à améliorer les pratiques dans ce domaine [8]. L'ETP relève du champ de l'éducation pour la santé, avec la particularité de s'adresser essentiellement à des personnes faisant l'objet de soins médicaux réguliers [9-11].

L'HAS a contribué à clarifier ce concept en 2007, et la loi du 21 juillet 2009 dite loi HPST lui a récemment donné sa reconnaissance officielle [2, 12].

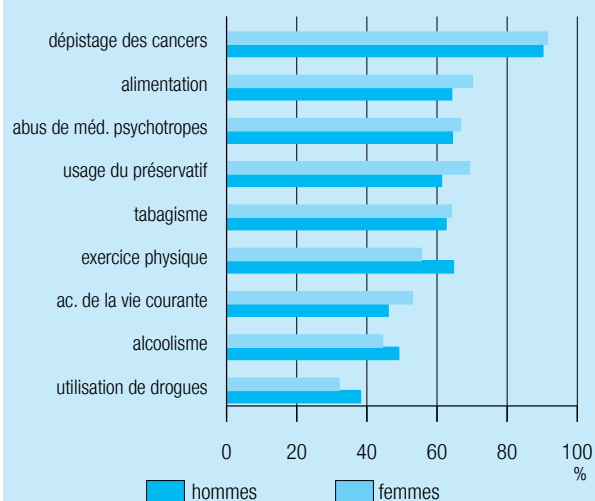
Conçue par des équipes hospitalières, l'ETP est désormais aussi de la responsabilité du médecin traitant. Professionnels de santé et structures spécialisées ont développé leur savoir-faire et commencent à proposer leurs services dans le champ des soins ambulatoires [13, 14].

Après s'être intéressé à la perception qu'ont les médecins généralistes de leur rôle en matière de prévention et de promotion de la santé, la cinquième vague d'enquête du panel permet de cerner plus spécifiquement l'intérêt qu'ils portent à l'ETP.

### Pratiques de prévention et de promotion de la santé

**Fig4. Appréciation des médecins sur leur efficacité en matière de prévention et promotion de la santé - Pays de la Loire**

Proportion<sup>(1)</sup> de généralistes déclarant se trouver, personnellement "très" ou "assez" efficaces, pour aider les patients concernés à changer leurs comportements dans les domaines suivants



Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URPS.ml, Fnors - Vague 5  
Exploitation ORS, URPS.ml des Pays de la Loire

<sup>(1)</sup> voir note 12

#### C'est dans le domaine du dépistage des cancers que les médecins généralistes sont les plus nombreux à estimer être efficaces

Le dépistage des cancers, est parmi les actions mentionnées dans l'enquête, celle pour laquelle les médecins généralistes sont le plus nombreux à estimer être efficaces : 90 %<sup>12</sup> d'entre eux déclarent *se trouver, eux personnellement, "très" ou "assez" efficaces pour aider les patients concernés à changer leurs comportements dans ce domaine.*

Viennent ensuite les champs de l'alimentation, de l'abus de médicaments psychotropes, de l'usage du préservatif, du tabagisme et de l'exercice physique (60 % à 66 %<sup>12</sup> des médecins).

En revanche, les praticiens sont moins nombreux à partager ce sentiment d'efficacité dans les domaines des accidents de la vie courante (48 %<sup>12</sup>), de l'alcoolisme (48 %<sup>12</sup>) et de l'utilisation de drogues (37 %<sup>12</sup>) (fig. 4).

12. question à choix de réponses "fermées". Voir précisions sur les modalités de calculs en annexe 1 sur le site [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com) (rubrique données de santé, Panel d'observation en médecine générale).

Concernant la problématique des cancers, la quasi-totalité des médecins généralistes de la région déclarent *penser disposer de toutes les informations nécessaires pour proposer à leurs patients le dépistage organisé du cancer du sein (98 %<sup>13</sup>) et du cancer colorectal (99 %<sup>13</sup>).*

### Comparaisons régionales

Concernant leur opinion sur leur propre efficacité en matière de prévention, la situation des praticiens ligériens est similaire à celle de leurs homologues des quatre autres régions du panel.

### Des opinions qui varient selon le sexe...

Les analyses multivariées (encadré 2) montrent que les médecins femmes se trouvent un peu plus souvent efficaces pour aider les patients concernés à changer leurs comportements dans les domaines, de l'usage du préservatif (72 % vs 61 %<sup>14</sup> pour les hommes), de l'alimentation (75 % vs 64 %<sup>14</sup>), des accidents de la vie courante (59 % vs 47 %<sup>14</sup>). A

## Education thérapeutique

### Une majorité de médecins se dit favorable aux programmes d'ETP pour les maladies chroniques

Les médecins généralistes des Pays de la Loire semblent en grande majorité favorables aux programmes d'ETP : 92 %<sup>15</sup> d'entre eux estiment que *certaines de leurs patients atteints de maladie chronique devraient bénéficier d'un programme d'ETP organisé par des professionnels formés*. 72 %<sup>15</sup> approuvent même l'idée que tous leurs patients atteints de maladie chronique devraient être concernés par un tel dispositif.

Cet intérêt peut en partie s'expliquer par les difficultés que les médecins peuvent être amenés à rencontrer. 78 %<sup>15</sup> des praticiens expliquent les éventuelles *difficultés à éduquer leurs patients atteints de pathologies chroniques*, par le fait que *la résistance des patients constitue un frein important*. Vient ensuite le *manque de temps (70 %<sup>15</sup>)*. Le fait que *ça ne soit pas une activité rémunérée* est une raison moins souvent évoquée (41 %<sup>15</sup>).

13,15. voir note 12 page 6  
14. à structure d'âge identique

l'inverse, elles sont moins nombreuses dans ce cas pour l'usage de drogues (fig4).

Les praticiens de plus de 55 ans s'estiment un peu plus fréquemment compétents en matière d'alcoolisme (54 %) que leurs confrères plus jeunes (44 %).

### ...et l'âge de la patientèle

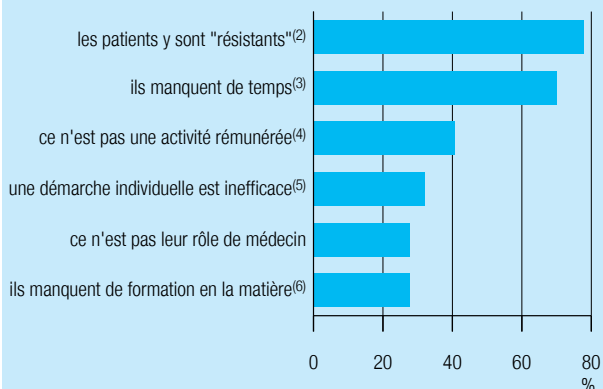
Il existe aussi des corrélations avec l'âge de la patientèle : lorsque celle-ci est relativement âgée, les praticiens sont moins nombreux à se déclarer efficaces dans les domaines du tabagisme (55 % vs 67 %), de l'utilisation de drogues (27 % vs 42 %), et de l'usage du préservatif (54 % vs 71 %).

Lorsqu'ils travaillent plus de 65 heures par semaine, les médecins se trouvent plus souvent compétents en matière de tabagisme, d'utilisation de drogues et d'exercice physique.

Les autres caractéristiques d'exercices (installation en groupe, dans une commune rurale, appartenance à un réseau de santé...), ne font pas apparaître de spécificités.

**Fig5. Difficultés rencontrées par les médecins pour éduquer les patients atteints de pathologies chroniques Pays de la Loire**

Proportion<sup>(1)</sup> de généralistes déclarant que s'ils ont des difficultés à éduquer leurs patients atteints de pathologies chroniques, c'est parce que...



Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URPS.ml, Fnors - Vague 5 Exploitation ORS, URPS.ml des Pays de la Loire

<sup>(1)</sup> voir note 15

Les intitulés exacts des affirmations mentionnés sont :

<sup>(2)</sup> la résistance des patients est un frein important pour éduquer vos patients.

<sup>(3)</sup> le manque de temps est un frein important pour éduquer vos patients.

<sup>(4)</sup> le fait que ça ne soit pas une activité rémunérée est un frein important pour éduquer vos patients.

<sup>(5)</sup> une démarche individuelle d'éducation n'est, selon vous, pas efficace.

<sup>(6)</sup> votre manque de formation en la matière est un frein important pour éduquer vos patients.

### La majorité des médecins généralistes estiment que, formés, ils sont à même de réaliser des actions d'ETP

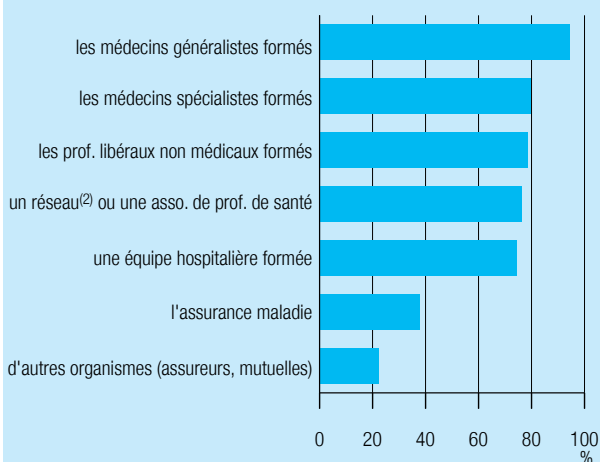
Même s'il existe une extrême variabilité de conception de l'ETP <sup>[5]</sup>, un grand nombre de médecins généralistes semblent en avoir une certaine connaissance et l'avoir intégrer dans leur pratique. Ainsi, 69 %<sup>16</sup> des praticiens disent *avoir connaissance d'une structure qui propose des actions d'ETP dans leur zone d'exercice*, et 46%<sup>16</sup> déclarent y avoir

*adressé au moins un de leurs patients dans les six derniers mois*. Ce résultat peut, du moins en partie, être rapproché de la couverture régionale des réseaux diabète, domaine de santé pour lequel ces actions sont relativement développées <sup>[9]</sup>.

Les généralistes semblent désireux de voir leur profession s'impliquer dans ce domaine (fig6). *Les médecins généralistes formés* représentent pour le plus grand nombre (95 %<sup>16</sup>) *les professionnels ou instances les plus à même de réaliser des actions d'ETP*. Viennent ensuite les autres *médecins spécialistes formés* et *professionnels de santé libéraux formés (infirmières, diététiciennes...)*, les *équipes hospitalières formées* et les *réseaux de santé ou associations de professionnels de santé* (entre 75 et 80 %<sup>16</sup>). L'assurance maladie est citée par 38 %<sup>16</sup> des praticiens. 78 %<sup>16</sup> des médecins déclarent qu'ils *seraient prêts à réaliser eux-mêmes des actions d'ETP pour leurs patients dans leur cabinet, avec une formation et une rémunération adaptée*. 8 sur 10<sup>17</sup> d'entre eux se disent d'ailleurs *intéressés par des formations* afin de mener à bien ces actions.

**Fig6. Opinion sur l'aptitude à réaliser des actions d'ETP des différents professionnels de santé - Pays de la Loire**

Proportion<sup>(1)</sup> de généralistes déclarant que dans la liste de professionnels ou instances suivantes, les plus à même de réaliser les actions d'ETP sont ...



Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URPS.ml, Fnors - Vague 5 Exploitation ORS, URPS.ml des Pays de la Loire

<sup>(1)</sup> voir note 16

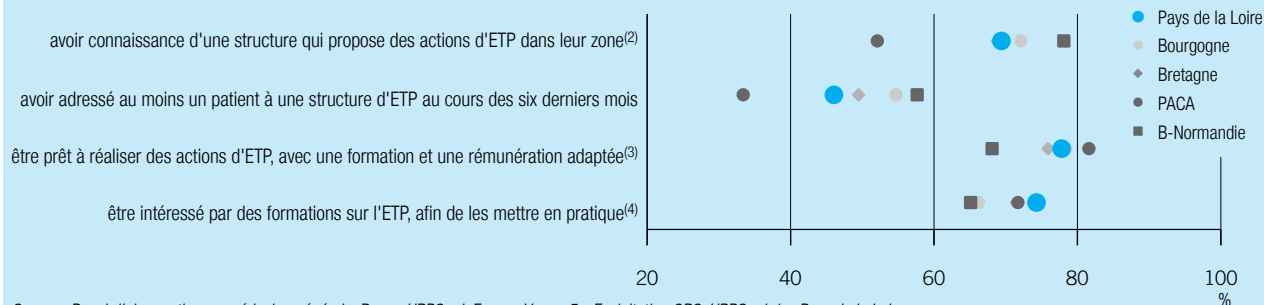
<sup>(2)</sup> un réseau de santé

### Comparaisons régionales

Concernant leur connaissance d'une structure proposant des actions d'ETP, ou le souhait de se former dans ce domaine, les médecins ligériens ne se distinguent pas de leurs homologues des autres régions (fig7).

**Fig7. Comparaisons régionales**

Proportion<sup>(1)</sup> de médecins généralistes déclarant...



Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URPS.ml, Fnors - Vague 5 - Exploitation ORS, URPS.ml des Pays de la Loire

<sup>(1)</sup> voir note 16

<sup>(2)</sup> ...dans leur zone d'exercice

<sup>(3)</sup> ...dans leur cabinet

<sup>(4)</sup> proportions calculées par rapport à l'ensemble des médecins des échantillons régionaux



### Un intérêt porté à l'ETP lié à la pratique d'activités diversifiées...

Les résultats des analyses multivariées (encadré 2) montrent que les médecins adhérents de réseaux de santé ou de soins sont significativement plus nombreux que leurs confrères à déclarer *avoir connaissance de l'existence d'une structure qui propose des actions d'ETP dans leur zone d'exercice* (84 % vs 63 %), à y avoir adressé au moins un de leurs patients (64 % vs 38 %), et à être *prêts à réaliser des actions d'ETP* (84 % vs 74 %).

Les médecins ayant des activités *dans un établissement hospitalier ou un centre de santé* sont également un peu plus souvent dans ce cas (85 % vs 76 %). Ceux qui effectuent des gardes se montrent un peu plus fréquemment intéressés par *des formations afin de mettre eux-mêmes en pratique des actions d'ETP auprès de leurs patients* (81 % vs 68 %).

### ...et moins souvent retrouvé chez les praticiens de plus de 55 ans

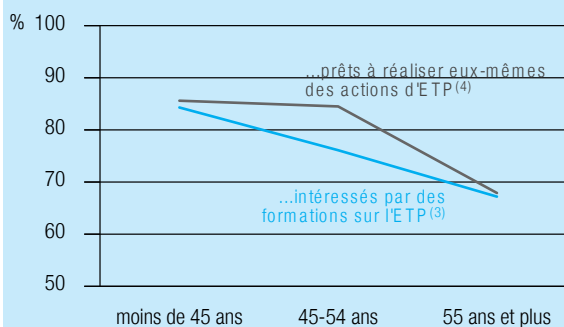
Les praticiens âgés de 55 ans ou plus apparaissent moins concernés. Ils sont moins nombreux à se dire *prêts à réaliser eux-mêmes des actions d'ETP* (68 % vs 85 %<sup>20</sup> pour les moins de 45 ans), et être *intéressés par des formations sur ce sujet* (67 % vs 84 %<sup>18</sup>) (fig7).

L'exercice en groupe, le lieu d'installation (rural vs urbain) et le sexe n'apparaissent pas discriminants.

18. à structure selon le sexe identique

**Fig8. Implication des médecins généralistes dans l'ETP selon l'âge**

Proportion<sup>(1,2)</sup> de généralistes déclarant être...



Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URPS.ml, Fnors - Vague 5 Exploitation ORS, URPS.ml des Pays de la Loire

(1) voir note 16 page 8

(2) calculée à structure selon le sexe identique

(3) ...afin de le mettre en pratique

(4) ...dans leur cabinet, avec une formation et une rémunération adaptée

## Accès au dossier médical, loi Léonetti

La loi de mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins reconnaît le droit de chacun d'accéder à son dossier médical : "*Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels de santé et établissements de santé [...]. Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne*". Cette loi introduit également la possibilité pour un patient de désigner une "*personne de confiance...*, qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information à cette fin". Cette personne peut également l'assister dans ses choix thérapeutiques [15]. La "loi Léonetti" de 2005 relative à la fin de vie crée la notion de "directives anticipées", que toute personne majeure peut rédiger pour le jour où elle serait en incapacité de les exprimer [16].

### La majorité des praticiens déclarent connaître les dispositifs de la loi de 2002 relative au droit des malades

Concernant les dispositifs de la loi relative aux droits des malades de 2002,

- 67 %<sup>19,20</sup> des médecins généralistes disent *estimer être suffisamment informés de la législation en matière d'accès de leurs patients à leur dossier médical* (fig9),
- et 64 %<sup>21,22</sup> déclarent *connaître la notion de "personne de confiance", que le patient peut désigner pour l'assister dans les choix thérapeutiques*". Pour la moitié<sup>21,23</sup> de ces praticiens, la notion figure *dans certains dossiers de patients*.

Les modalités d'accès à leur dossier sont également connues d'une partie des patients.

- ainsi, 77 %<sup>19,24</sup> des praticiens déclarent *avoir eu, au moins un patient lui ayant demandé une copie ou un accès à son dossier médical* (en 2007),
- 65 %<sup>19,25</sup> disent que lorsqu'ils sont choisis comme *nouveau médecin traitant, suite au déménagement d'un patient ou une décision de sa part, ce dernier est venu avec son dossier médical* (en 2007),

- et 48 %<sup>19,26</sup> déclarent *avoir été sollicité pour aider un patient à obtenir son dossier auprès d'un établissement de soins* (en 2007).

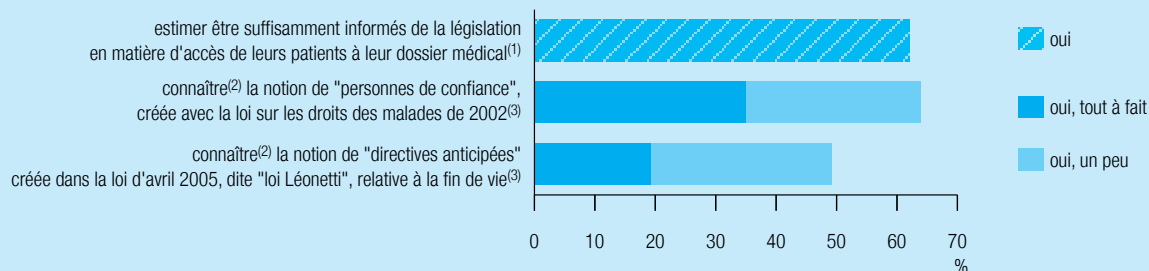
A propos de la "loi Léonetti" relative à la fin de vie, 50 %<sup>21,22</sup> des médecins déclarent *estimer connaître la notion de "directives anticipées", que toute personne majeure peut rédiger pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté*. Pour plus du tiers de ces praticiens (39 %<sup>21,23</sup>), ces directives *figurent dans certains dossiers de patients*.

Les analyses multivariées (encadré 2) montrent que les médecins hommes s'estiment plus souvent *suffisamment informés de la législation* sur l'accès au dossier médical (70 % vs 56 % pour les femmes<sup>27</sup>). La notion de personne de confiance est un peu plus connue des praticiens ayant des activités diversifiées<sup>28</sup>, et celle de directives anticipées, de ceux en groupe.

19. question posée en 2008 dans les Pays de la Loire (vague 3).  
20,22,23,24,25,26. question à choix de réponses "fermées". Voir précisions sur les modalités de calculs en annexe 1 sur le site [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com) (rubrique données de santé, Panel d'observation en médecine générale).  
21. question posée en 2009 dans les Pays de la Loire (vague 5).  
27. à structure d'âge identique  
28. c'est-à-dire exerçant en sus dans un établissement hospitalier ou un centre de santé

**Fig9. Connaissance des dispositifs définis par les lois relatives aux droits des malades (2002) et à la fin de vie (2005) - Pays de la Loire**

Proportion de généralistes déclarant...



Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URPS.ml, Fnors - Vagues 3 et 5 - Exploitation ORS, URPS.ml des Pays de la Loire

(1) voir notes 19 et 20 (2) connaître "tout à fait" ou "un peu" - voir note 21 (3) ...personne désignée par le patient qui l'assiste dans les choix thérapeutiques.  
(4) ...qui permet à toute personne majeure d'en rédiger pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté.

## Encadré 2 - Eléments de méthodologie

### Construction et structure de l'échantillon

L'échantillon a été tiré au sort dans le répertoire Adeli des médecins géré par la Drees, après stratification selon le sexe, l'âge en 2007 (moins de 45 ans, 45 à 52 ans, 53 ans et plus) et le type de la commune d'exercice (commune urbaine, multipolarisée, rurale<sup>1</sup>). Les médecins qui ont un mode d'exercice particulier (acupuncture, homéopathie...) ou une activité spécifique (échographie, SOS médecins...) ont été exclus, ainsi que les médecins ayant des projets de mobilité ou de cessation d'activité à l'horizon de trois mois.

### Effectifs de généralistes ayant participé à la vague 5 du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale

Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Pays de la Loire	PACA	Ensemble
196	265	388	441	585	1 875

### Comparaison entre deux groupes de médecins

Lorsqu'on compare les valeurs d'un indicateur entre deux groupes de médecins généralistes (par exemple entre les médecins installés en zone rurale et ceux installés en zone urbaine), les différences observées peuvent résulter pour partie d'une répartition différente d'autres facteurs (par exemple, l'âge, l'exercice en groupe...). L'utilisation d'une régression logistique permet de tester la significativité statistique d'une différence, tout en éliminant d'éventuels effets de structure concernant les modalités d'exercice ou les caractéristiques démographiques des médecins.

Les critères pris en compte dans la régression sont :

- facteurs démographiques : *sexe, âge,*
- modalités d'exercice : *mode d'installation (groupe/seul), type de commune d'exercice (zone rurale/ zone urbaine)<sup>1</sup>, pratique des gardes, pratiques d'activités hors du cabinet (établissement de santé, centres de santé), participation mensuelle à des sessions de FMC, adhésion à un réseau de soins, durée hebdomadaire de travail, part de la patientèle âgée de plus de 70 ans.*

Les résultats sont présentés de façon détaillée en annexes de ce document, et sont accessibles sur le site :

[www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com) (rubrique données de santé, Panel d'observation en médecine générale).

Une différence entre deux groupes de médecins dont les résultats de la régression logistique montre qu'elle est statistiquement significative au niveau régional a été systématiquement mentionnée dans le tableau de présentation des résultats, et les valeurs de l'indicateur obtenues en analyse bivariée ont été indiquées.

Une différence entre deux groupes de médecins de même ampleur peut ne pas être statistiquement significative dans l'échantillon des Pays de la Loire, mais l'être dans l'échantillon regroupant l'ensemble des cinq régions, en raison de la taille cinq fois plus importante de ce dernier. Dans ce cas, on peut considérer que la différence observée dans l'échantillon global conforte celle observée au plan régional, et cette situation a été systématiquement mentionnée dans le tableau de présentation des résultats.

Une différence statistiquement significative montre une corrélation entre l'indicateur et le facteur étudié, mais ne peut être interprétée comme l'existence d'un lien de causalité.

### Comparaisons régionales

Les contextes de passation de l'enquête réalisée dans les cinq régions participant au panel garantissent la comparabilité des données entre ces niveaux géographiques. La significativité d'une différence entre la valeur d'un indicateur observée dans les Pays de la Loire et celle observée dans une autre région a été testée par la méthode du Chi2 de Pearson.

1. Il s'agit du zonage en aires urbaines (ZAU) établi par l'Insee, qui découpe le territoire en quatre types d'espace : les pôles urbains, les couronnes périurbaines, les communes multipolarisées - l'ensemble formant l'espace à dominante urbaine - et enfin, le rural constitué des petites unités urbaines et communes rurales n'appartenant pas à l'espace urbain.

## Références bibliographiques

[1] Site de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)

[2] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

[3] Circulaire DHOS/O n° 2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile.

[4] Circulaire DH/EO 2 n° 2000-295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile.

[5] Drees. Site de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). [www.sae-diffusion.sante.gouv.fr](http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr)

[6] Circulaire DHOS/O3 n° 2006-506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile

[7] Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 (3°) de ce même code.

[8] OMS-Europe. (1998). Education thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. 88 p.

[9] B. Sandrin-Berthon. (2009). Education thérapeutique du patient : de quoi s'agit-il ? *Actualité et dossier en santé publique*. HCSP. n° 66. pp. 10-15.

[10] J. Foucaud, J.-A. Bury, M. Balcou-Debussche, C. Eymard. (2010). Education thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation. Ed. Inpes. 412 p.

[11] P. Lamour, O. Brixi (2007). Education pour la santé : entre conceptions dominantes et nouvelles approches. Dans *Traité de santé publique*. Sous la direction de F. Bourdillon, G. Brückner, D. Tabuteau. Ed. Flammarion Médecine-Sciences. pp. 203-208.

[12] HAS. (2007). Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. 8 p.

[13] R. Bresson, R. Bataillon. (2009). L'éducation thérapeutique : quel impact sur l'organisation des soins, en ville et à l'hôpital ? *Actualité et dossier en santé publique*. HCSP. n° 66. pp. 37-40.

[14] P.-Y. Traynard, A.-S. Veyer, R. Gagnayre, Y. Magar, H. Bourdissol, P. Buttet *et al.* (2008). Dossier Education thérapeutique. *Le Concours médical*. tome 130. n° 18. pp. 921-931.

[15] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

[16] Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

## Le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale

Le premier panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale a été mis en place entre 2007 et 2009 dans les Pays de la Loire, et dans quatre autres régions (Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, et Provence-Alpes-Côte d'Azur), à l'initiative de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère chargé de la santé, des Unions régionales des professions de santé des médecins libéraux (URPS.ml), des Observatoires régionaux de la santé (ORS) et de leur Fédération nationale (Fnors).

Les médecins généralistes ont été interrogés au cours de cinq vagues d'enquêtes téléphoniques, d'une durée moyenne de 15 à 20 minutes. La réalisation des entretiens a été confiée à la plate-forme de l'ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Les informations extraites des relevés individuels d'activité et de prescriptions (Riap) de l'assurance maladie complètent les données recueillies.

Les questionnaires et l'ensemble des publications régionales et nationales sont accessibles sur les sites [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com) (rubrique données de santé, Panel d'observation en médecine générale) et [www.urml-paysdelaloire.fr](http://www.urml-paysdelaloire.fr).

### Liste des publications

- A. Paraponaris, M.A. Guerville, S. Cabut, Y. Obadia, P. Verger. (2011). Education thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile. Opinions et pratiques des médecins généralistes libéraux dans cinq régions françaises. *Etudes et Résultats*. Drees. n° 753. 8 p.
- ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2010). Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2008. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Vague d'enquête 4 (novembre 2008-février 2009). Brochure, 8 p. - Rapport détaillé, 68 p. + ann.
- P. Desprès, I. Grimbert, B. Lemery, C. Bonnet, C. Aubry, C. Colin. (2010). Santé physique et psychique des médecins généralistes. *Etudes et Résultats*. Drees. n° 731. 8 p.
- ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2009). Les médecins généralistes face au défi de l'actualisation des connaissances et des pratiques et à la question des modes de rémunération - Pays de la Loire, 2008. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Vague d'enquête 3 (avril-mai 2008). 20 p.
- M.-A. Guerville, A. Paraponaris, J.-C. Régi, L. Vaissade, B. Ventelou, P. Verger. (2009). Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique. *Etudes et Résultats*. Drees. n° 708. 8 p.
- ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2009). Le réseau professionnel des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Vague d'enquête 2 (octobre-novembre 2007). 20 p.
- M.-C. Bournot, M.-C. Goupil, F. Tuffreau. (2008). Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. *Etudes et Résultats*. Drees. n° 649. 8 p.
- ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2008). Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Vague d'enquête 1 (mars-avril 2007). 16 p. + ann.
- M. Aulagnier, Y. Obadia, A. Paraponaris, B. Saliba-Serre, B. Ventelou, P. Verger. (2007). L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *Etudes et Résultats*. Drees. n° 610. 8 p.

**Cette étude, entreprise par l'Observatoire régional de la santé (ORS) Pays de la Loire et l'Union régionale des professions de santé des médecins libéraux (URPS.ml) Pays de la Loire, a bénéficié du soutien et du financement du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs), du Groupement régional de santé publique (GRSP) et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère chargé de la santé.**

Sa mise en oeuvre a été réalisée par Marie-Christine Bournot, Elodie Cercier, Marie-Cécile Goupil, Dr Anne Tallec, François Tuffreau (ORS Pays de la Loire), et par le Dr Thomas Héroult (URPS.ml Pays de la Loire).

Merci au Dr Patrick Lamour (Ireps Pays de la Loire), à Véronique Devineau (ARS Pays de la Loire) et à François Guillaumat-Tailliet (Drees), pour la relecture attentive de ce document, et les remarques critiques qu'ils ont bien voulu nous adresser.

Merci également à tous les médecins généralistes libéraux qui ont accepté de participer au panel.

Cette publication est disponible sur demande à l'ORS (Tél. 02 51 86 05 60) et à l'URPS.ml (Tél. 02 51 82 23 01), ou en téléchargement sur les sites [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com) ou [www.urml-paysdelaloire.fr](http://www.urml-paysdelaloire.fr)

