

Contribution à l'évaluation du Centre Éducatif Respiratoire de Limoges

Une évaluation réalisée par
l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin : Dr Jean-Pierre FERLEY, Béatrice ROCHE-BIGAS
Financée par
le Groupement Régional de Santé Publique du Limousin (GRSP)

Le Centre Éducatif Respiratoire (CER) a vu le jour au sein du CRESLI (Centre d'Examens de Santé du Limousin) en 2004. Il est le fruit de la réflexion de certains praticiens du service de pneumologie du CHU de Limoges (Pr BONNAUD) qui percevaient la nécessité de proposer en dehors d'un cadre hospitalier une offre ambulatoire d'éducation thérapeutique pour les patients insuffisants respiratoires. Ce souhait a motivé les premiers contacts avec l'Assurance Maladie qui a fait de l'éducation thérapeutique du patient l'un des axes forts de sa politique de prévention. L'éducation thérapeutique constitue également une priorité au niveau régional et a été reprise dans certains objectifs du Plan Régional de Santé Publique du Limousin (PRSP). Les premiers patients ont été orientés en novembre 2004. A partir du début de l'année 2008, face au faible nombre de patients adressés, le CER s'est ouvert aux personnes vues en bilan de santé au CRESLI (essentiellement des patients asthmatiques), ce qui a conduit à une évolution sensible du profil des patients orientés. Fin 2008 a été signée une convention avec le service d'EFR du CHU d'une part, avec le service d'hospitalisation à domicile d'autre part, avec, dans les deux cas, des interventions sur site de l'infirmière du CER.

L'activité du CER repose sur l'intervention d'une infirmière du CRESLI qui a préalablement suivi une formation spécifique relativement poussée. Deux plages hebdomadaires de 3H sont proposées dans les locaux du CRESLI, en centre - ville de Limoges. Lors de la première consultation, un diagnostic éducatif est réalisé, un dossier patient est établi et une grille d'évaluation est remplie (cotation des connaissances, des pratiques et des savoir faire, de l'environnement, de la qualité de vie...). Des objectifs éducatifs sont proposés au patient en fonction des résultats de ce diagnostic. Le cycle éducatif type repose sur 3 à 5 consultations échelonnées sur 4 à 6 semaines. Six mois à 1 an plus tard, l'infirmière rappelle les patients pour faire le point sur l'état de santé, la fréquence des crises, d'éventuels passages aux urgences, l'observance, la qualité de vie. Une fiche d'évaluation est alors remplie.

La méthode évaluative :

- entretiens avec les intervenants du CER et analyse des rapports d'activité,
- exploitation de données recueillies pour chaque patient par l'infirmière du centre (avant / après l'intervention),
- enquête auprès des 23 médecins adresseurs ou en contact avec le centre (taux de réponse : 61%) et enquête sur un échantillon aléatoire de 125 généralistes de l'agglomération de Limoges (taux de réponse : 34%) et sur 37 pneumologues, allergologues et pédiatres n'ayant pas adressé de patients (taux de réponse : 49%),
- enquête auprès des 70 patients ayant bénéficié des prestations du centre (taux de réponse : 69%).

Caractéristiques de l'activité :

- un faible nombre d'orientations (70 patients en plus de 3 ans) mais une progression constante (fig. 1),
- 18 médecins adresseurs (50% étant des pneumologues et 67% exerçant en libéral),
- des orientations en provenance essentiellement du CHU (69%),
- des patients dont 37% ont moins de 50 ans, essentiellement asthmatiques (57%) ou porteurs d'une BCPO (34%),
- une origine dans l'aire urbaine de Limoges dans 78% des cas,
- 211 consultations (en moyenne 3,1 par patient et 3,4 lorsque le cycle éducatif est considéré comme complet, ce qui est le cas pour 80% des patients),
- un rappel à distance (6 à 12 mois) par l'infirmière pour faire le point dans 75% des cas.

Fig. 1 Evolution dans le temps des inclusions dans le cycle éducatif

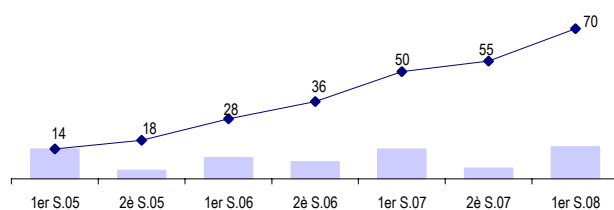
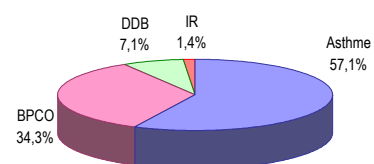


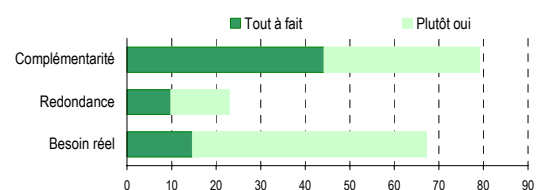
Fig. 2 Distribution des patients selon la pathologie présentée -% (N=70)



Enquête auprès des médecins non adresseurs :

- un dispositif très peu connu des généralistes (28% de ceux qui ont répondu à l'enquête en ont entendu parler, le plus souvent de façon très vague, la proportion est vraisemblablement plus faible chez les non répondants),
- par contre, un dispositif beaucoup mieux identifié par les pneumologues non adresseurs (80% en connaissent l'existence),
- une fois exposés ses principes, un dispositif jugé plutôt complémentaire (79%) que redondant (23%) par rapport au médecin traitant ou au spécialiste,
- un dispositif répondant plutôt à un besoin réel (67%), même si 15% seulement s'en disent absolument convaincus (fig. 3).

Fig. 3 Opinion a priori sur la pertinence du dispositif -% N= 61

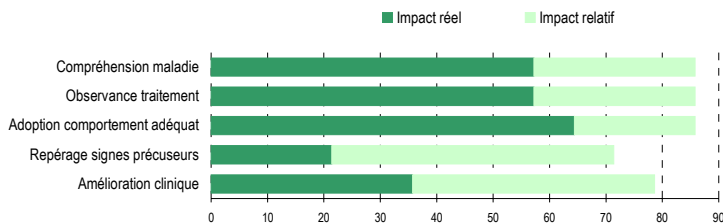


Enquête auprès des médecins adresseurs :

- des réponses obtenues de 13 des 18 médecins réellement adresseurs (72%),
- un centre jugé utile pour aider les patients à mieux comprendre leur maladie (86%, très utile pour 64%) et à adopter des comportements adéquats (93%, très utile 57%),
- un dispositif jugé plutôt complémentaire (93%, tout à fait complémentaire pour 71%) par rapport au médecin traitant ou au spécialiste,
- un dispositif répondant plutôt à un besoin réel pour 79%, 36% s'en disent absolument convaincus.

- un impact sur leurs patients très majoritairement repéré par les médecins adresseurs tant sur la compréhension de la maladie que sur l'observance, sur l'adoption de comportements adéquats, sur le repérage des signes précurseurs d'une crise et sur l'état clinique en général : 70% à 85% évoquent un impact au moins relatif et, selon l'item, 20% à 65% attestent d'un impact réel (fig. 4).

Fig. 4 Impact perçu par les médecins adresseurs -%- N=14



Enquête auprès des patients :

- un taux de réponse honorable (69%) compte tenu de l'âge de certains patients, de leur état de santé et de certaines situations sociales,
- une enquête basée sur du déclaratif qu'il s'agit donc de relativiser,
- des informations reçues jugées majoritairement utiles (70% à 90%), et le plus souvent même très utiles (50% à 70%), qu'elles portent sur la maladie, le traitement, l'apprentissage de certains gestes ou les signes annonciateurs des aggravations (fig. 5),
- des informations mises en application à plusieurs reprises par les 3/4 des répondants, de façon régulière par la moitié,
- l'impression d'avoir appris de nouvelles choses ou d'avoir mieux compris certaines choses exprimée par plus de 90% des répondants, les deux tiers d'entre eux se montrant catégoriques sur ce plan.
- une majorité de patients attestant d'un certain impact sur le plan respiratoire (72%), impact net selon 32%.

Fig. 5 Opinion des patients sur l'utilité des informations reçues -%- N=40)

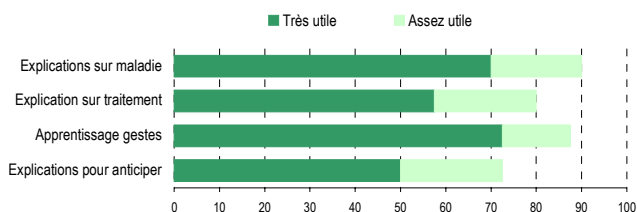
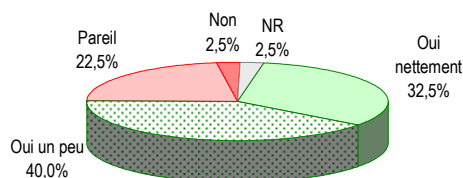


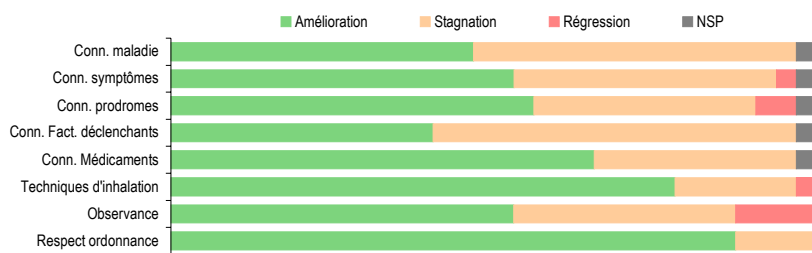
Fig. 6 Patients déclarant avoir l'impression d'aller mieux sur le plan respiratoire après les consultations au centre - %- (N=40)



Evolution des connaissances et des pratiques avant et après l'intervention :

- l'évaluation réalisée par l'infirmière au moyen d'un questionnaire standard lors de la 1^{ère} séance et à distance (6 à 12 mois après la fin de la séquence) auprès de la moitié environ des patients qu'il a été possible de recontacter témoigne d'une amélioration des pratiques (techniques d'inhalation, respect de l'ordonnance) dans 80% à 90% des cas, d'une amélioration de l'observance dans 50% des cas environ (mais celle-ci était souvent relativement bonne auparavant) et d'une amélioration des connaissances dans 40% à 66% des cas.

**Fig. 7 Proportion de patients dont les connaissances et pratiques sont considérées comme améliorées à la suite de l'éducation thérapeutique -%- (N=32)
Évaluation globale du diagnostic éducatif (n total = 32)**



Conclusions :

L'évaluation conduite par l'ORS n'ambitionnait pas de statuer sur l'efficacité clinique de l'éducation thérapeutique mise en œuvre, pas plus que sur son impact économique. Plus modestement, elle cherchait à éclairer les financeurs du dispositif par une description de son activité et des évolutions intervenues et par le recueil de la perception qu'avaient les principaux acteurs concernés (professionnels et patients) quant à l'utilité et l'impact du Centre Educatif Respiratoire. Une analyse des informations collectées lors de l'inclusion et à distance permettait une mesure chiffrée des améliorations constatées en termes de connaissances et de pratiques.

De cette évaluation, il ressort que le Centre Educatif Respiratoire de Limoges est un dispositif considéré comme légitime et pertinent, répondant à un réel besoin. Son efficacité en termes d'amélioration des connaissances et des pratiques est reconnue par la plupart de ceux qui y ont eu recours (professionnels ou patients), son impact sur la santé est également attesté par la plupart d'entre eux. Toutefois, après plus de quatre ans de fonctionnement, ce dispositif demeure largement méconnu et sous utilisé. Son déficit de notoriété (qui est réel chez les généralistes) n'explique cependant pas la faiblesse des orientations en provenance des spécialistes libéraux. Ceci invite à penser que ce déficit n'est pas seul en cause et que s'y ajoutent probablement d'autres éléments moins tangibles : impression d'une prestation doublonnant l'exercice médical traditionnel, réticences face à un dispositif considéré comme onéreux, crainte d'un détournement de patientèle, crainte d'une intrusion croissante de la médecine "fonctionnarisée" (représentée ici par un projet porté à la fois par l'assurance maladie et l'hôpital) face à la pratique libérale.

Ce constat justifie le fait que, parmi les recommandations formulées, la plupart soient axées sur le développement de la communication et la systématisation d'un retour d'information en direction des médecins adresseurs et des médecins traitants.