

# Plan de formation des professionnels de santé médicaux à une maladie chronique : « Broncho-pneumopathie chronique obstructive - BPCO »

R. YAKOUBI, R. BENALI,  
Pneumologie, Département de Médecine,  
Faculté de Médecine, Université Badji Mokhtar, Annaba.

## Résumé

La BPCO, maladie respiratoire chronique à prévalence croissante, à répercussions systémiques et à évolution handicapante est un problème de santé publique. Malgré son impact épidémiologique, elle reste une maladie méconnue, sous diagnostiquée et sous traitée. Devant cette problématique, l'intervention idoine serait une formation pertinente spécifiquement destinée aux médecins généralistes en tant que médecins de premier recours. Elle doit idéalement être réfléchié selon une approche systémique, conçue selon des exigences opérationnelles, animée selon des principes andragogiques et évaluée sur le transfert des acquis en milieu d'exercice témoignant de l'acquisition des compétences. Une formation qui répond aux besoins des patients atteints de BPCO et sert de modèle transposable aux maladies chroniques en général, pour les professionnels de santé.

### >>> Mots-clés :

BPCO, module d'apprentissage, formation, médecin généraliste.

### Maladie chronique, point de départ d'une problématique de santé

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique caractérisée par l'installation progressive et permanente d'une obstruction des voies aériennes <sup>(1)</sup>. Elle est responsable d'une limitation fonctionnelle respiratoire, d'une limitation des activités et d'une limitation dans la participation sociale <sup>(2)</sup>.

Sa prise en charge s'insère dans un parcours de soins médico-psycho-social (dépendance médicamenteuse, de soins médicaux et paramédicaux, d'une réadaptation, d'une surveillance, d'une assistance personnelle) <sup>(1-3-4)</sup>.

## Abstract

COPD, a chronic respiratory disease with increasing prevalence, systemic impact and disability is public health problem. COPD continues to remain an under-known, under-diagnosed and under-treated disease. Faced with this problem, the appropriate intervention is relevant training specifically intended for general practitioners as primary care physicians. It should ideally be thought through a systemic approach, designed according to operational requirements, animated according to andragogical principles and evaluated on the transfer of learning in the middle of the exercise, testifying to the acquisition of skills. Training on COPD that meets the needs of patients with COPD and serves as a model that can be transposed to chronic diseases in general, for healthcare professionals.

### >>> Key-words :

COPD, learning module, training, general practitioner.

En 2017, 174 millions de personnes étaient atteintes de BPCO <sup>(5)</sup>. La prévalence mondiale de la BPCO a été évaluée entre 4-10% <sup>(6)</sup> avec une grande variabilité entre les pays, essentiellement liée aux échantillonnages et aux moyens diagnostiques employés <sup>(7)</sup>.

En Algérie, une étude épidémiologique (selon le protocole du Burden Obstructive Lung Disease Initiative-BOLD), a estimé la prévalence de la BPCO GOLD II, III et IV dans la population de 40 ans et plus à 8,8% <sup>(8)</sup>. En 2015, 3,2 millions de personnes sont décédées de BPCO <sup>(9)</sup>.

La mortalité par BPCO représente 5% de la totalité des décès dans le monde (OMS) <sup>(10)</sup>.

En Algérie, la mortalité hospitalière liée à la BPCO a été estimée à 1,3% <sup>(11)</sup>.

La BPCO, souvent diagnostiquée à un stade tardif, « stade de handicap respiratoire », est responsable de l'altération de la qualité de vie des patients ce qui rend sa prise en charge coûteuse <sup>(12,13)</sup>.

En 2015, la BPCO était à l'origine de 2,6% du taux global du nombre des années perdues (Disability Adjusted Life Years - DALYs) <sup>(5)</sup>.

Plusieurs facteurs de risque ont été incriminés dans la genèse de la BPCO mais l'imputabilité du tabac a été invoquée dans 80-85% des cas <sup>(14,15)</sup>.

De par sa prévalence, sa morbi-mortalité, sa charge sociale, sa charge économique et la possibilité d'une action de santé susceptible d'influencer son épidémiologie, la BPCO est considérée comme un problème de santé publique.

### Maladie chronique, point de départ d'un inconfort dans la pratique biomédicale

Un inconfort qui n'est pas spécifique à la BPCO mais plutôt un malaise exprimé par la majorité des praticiens vis-à-vis de toutes les maladies chroniques qui imposent un suivi au long cours.

En effet, en matière de maladies chroniques, la guérison n'est plus la mission du médecin. Son rôle est de favoriser l'adhésion du patient au traitement en vue d'une autonomie par un accompagnement, un partenariat, une alliance thérapeutique, autant de concepts auxquels le praticien n'a pas été formé.

La formation médicale initiale a été focalisée sur l'approche techniciste des pathologies faisant fi des particularités évolutives des maladies chroniques et des patients qui en sont atteints, pour lesquels la participation active et l'éducation deviennent nécessité, exigeant ainsi des praticiens, une posture éducative et une approche managériale tant à l'échelle individuelle que collective.

Le praticien du vingt-et-unième siècle nécessite, au-delà de ses connaissances biomédicales, des compétences centrées sur les besoins de ses patients chroniques et répondant aux contraintes de sa pratique quotidienne. L'approche est globale et uniciste prenant en considérations les différents composants et leurs interactions : les médicaments, la filière de soins, les acteurs de santé, l'organisation des soins, le vécu du malade, la psychologie, c'est l'approche systémique.

### Maladie chronique, point de départ d'une réflexion stratégique

La BPCO reste, néanmoins, une pathologie méconnue, sous-estimée, sous diagnostiquée, sous traitée et essentiellement vouée aux soins du médecin spécialiste <sup>(16)</sup>.

La prise en charge des patients porteurs de BPCO nécessite une filière de soins, multidisciplinaire et médico-sociale, adaptée dont la coordination devrait être assurée par le médecin traitant « médecin généraliste ».

Ce dernier doit acquérir les compétences nécessaires en harmonie avec son référentiel de métier, pour répondre à la demande de soins des patients atteints de BPCO.

Une intervention de santé s'impose. À cet effet, plusieurs axes ont été dégagés parmi lesquels figure la formation des médecins généralistes. La conception d'un module de formation sur la BPCO, destiné aux médecins généralistes, relève d'une réflexion selon une approche systémique, d'une production basée sur l'ingénierie pédagogique, exploité dans une optique de recherche - action.

Les deux principales actions de santé ciblées par cette démarche de formation visent d'une part à prévenir cette pathologie en agissant sur les facteurs de risque ; et d'autre part à diagnostiquer précocement la BPCO en identifiant les patients suspects de BPCO, puis en les adressant pour confirmation diagnostique. L'efficacité de ces actions ne peut être obtenue que par l'adoption d'une démarche évaluative.

Le médecin généraliste doit adapter une posture managériale pour faire face au profil épidémiologique actuel dominé par les maladies chroniques dont la BPCO en matière de pathologies respiratoires <sup>(60)</sup>.

### Un continuum d'apprentissage pour un suivi de longue durée des maladies chroniques

En vue d'un changement dans la pratique médicale, le plan de formation doit être pensé dans une optique de renforcement des compétences des professionnels de santé. Les praticiens apprenants ont un vécu riche de difficultés pratiques issus d'années d'expériences. Ils sont à la recherche de ressources professionnelles.

La formation doit être fondée sur des valeurs qui favorisent sa pérennisation : l'autonomie, le partage, la réorganisation, la restructuration. Le module d'apprentissage ne doit pas être une finalité en soi mais une activité mutualisée commune à plusieurs maladies qui permettra de renforcer les acquisitions d'autres pathologies. L'expression des objectifs de la formation est le résultat de différents domaines.

## Vers un médecin gestionnaire d'une maladie chronique

Face aux défis des maladies chroniques, l'accent est mis sur la réorientation des services de santé <sup>(14)</sup>, par l'adoption de nouvelles attitudes en matière d'éducation et de formation professionnelle, recentrées sur les besoins de l'individu identifié dans le cadre de sa communauté.

De par la place qu'occupe le médecin généraliste dans notre système de santé nous l'avons déterminé comme population cible.

C'est dans cette optique que nous avons élaboré une formation spécifiquement destinée aux médecins généralistes en tant que médecins de premier recours. Cette formation a été réfléchié selon une approche systémique, conçue selon des exigences opérationnelles, animée selon des principes andragogiques et évaluée sur le transfert des acquis en milieu d'exercice témoignant de l'acquisition des compétences.

Nous nous sommes fixés comme objectif de travail, de construire un module de formation sur la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) destiné à une population médicale soignante. Notre module visait à produire un professionnel de santé performant, répondant aux besoins des patients atteints de BPCO en agissant sur la maladie tout en tenant compte des particularités du patient identifié dans son environnement. Des qualités, à la fois indispensables pour la prise en charge d'une maladie aussi complexe que la BPCO et transposables au modèle des maladies chroniques en général, ont été ainsi véhiculées au travers de notre module de formation que nous avons volontairement axé sur l'expertise médicale, la communication et la pratique managériale.

Pour ce faire, nous avons :

- Identifié les besoins de la population, par une enquête transversale auprès de 82 médecins généralistes,
- Élaboré un référentiel des compétences en tenant compte du rôle d'expertise clinique, rôle de communication et du rôle managérial du praticien.
- Conçu le module d'apprentissage en déterminant les unités d'enseignements et les crédits et en contextualisant le contenu aux situations cliniques
- Choisi la stratégie d'apprentissage et diversifié l'apprentissage par le travail en groupe et le travail individuel
- Validé le module de formation par les experts et une population similaire à la population cible
- Implanté le module en présentiel et à distance.
- Évalué le module de formation ; d'une part, par l'évaluation des connaissances et attitudes des participants ; et d'autre part, par l'estimation du transfert et de l'impact de la formation

A l'issue de notre formation, certaines acquisitions ont été enregistrées.

- Rétablir les lacunes cognitives préalablement identifiées

en matière de BPCO.

- Participer au diagnostic précoce de la BPCO en détectant les cas suspects.
- Identifier la place de la spirométrie dans le diagnostic et le suivi des patients BPCO.
- Tracer les grandes lignes de la prise en charge des BPCO, bien que leur pratique sur terrain ne leur donne pas toute liberté.

## Conclusion

La BPCO, maladie respiratoire à l'image des maladies chroniques, relève plusieurs problèmes dans sa prise en charge par les médecins généralistes. Ces problèmes sont essentiellement d'ordre organisationnel (l'acquisition des connaissances, leur application, la construction de la fibre relationnelle, l'adoption de la vision managériale ...).

La BPCO constitue non seulement un modèle pédagogique d'apprentissage des maladies chroniques, en particulier respiratoires, mais aussi, un modèle de réflexion de santé.

## Date de soumission

13 février 2021

## Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

1. GOLD. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) report 2017 2017(<https://goldcopd.org/>. Accessed July 17, 2018)
2. Perez T, Serrier P, Pribil C, Mahdad A. BPCO et qualité de vie : impact de la maladie en médecine générale en France. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2013;30(1):22-32.
3. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, Zu Wallack R, Nici L, Rochester C, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;188(8):201309-1634ST.
4. Spruit MA, Pitta F, McAuley E, Zu Wallack RL, Nici L. Pulmonary Rehabilitation and Physical Activity in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015;192(8):924-33.
5. van Schayck OC, Boudewijns EA. COPD and asthma: the emergency is clear, now is the time for action. *Lancet Respir Med*. 2017;5(9):668-9.
6. Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, Badamgarav E, Buist AS, Mannino DM. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J*. 2006;28(3):523-32.
7. Viegi G, Pedreschi M, Pistelli F, Di Pede F, Baldacci S, Carrozzi L, et al. Prevalence of airways obstruction in a general population: European Respiratory Society vs American Thoracic Society definition. *Chest*. 2000;117(5 Suppl 2):339S-45S
8. Hacene Cherkaski H. Prévalence de la bronchopneumopathie chronique obstructive dans la commune d'El Hadjar, Annaba. Thèse pour le diplôme de docteur en sciences médicales: université BADJI MOKHTAR; 2016.
9. Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Respir Med*. 2017;5(9):691-706.
10. (OMS) Omds. Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). ([https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))). 2017.
11. Publique. INdS. Transition épidémiologique et système de santé. Novembre 2007;Projet TAHINA(Enquête nationale de santé) :[www.ands.dz/insp/tahina.html](http://www.ands.dz/insp/tahina.html).
12. Fuhrman C, Delmas MC. Épidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2010;27(2):160-8.
13. Ait-Khaled N, Enarson D, Bousquet J. Les maladies respiratoires chroniques dans les pays en développement : charge de morbidité et stratégies de prévention et de prise en charge. *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*. 2002;6.
14. Buist AS, Mc Burnie MA, Vollmer WM, Gillespie S, Burney P, Mannino DM, et al. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. *Lancet*. 2007;370(9589):741-50.
15. Mannino DM, Buist AS. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *Lancet*. 2007;370(9589):765-73.
16. Lemoigne F, Desplans J, Lonsdorfer E, Lonsdorfer J, Miffre C, Perruchini JM, et al. Question 5. Stratégies de la réhabilitation respiratoire. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2005;22(5, Part 3):100-11.