

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul Sabatier
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

2014 TOU3 1022

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

Le 29 avril 2014

Par

Caroline THOMAS

**ENQUÊTE DE FAISABILITE D'UN DIAGNOSTIC ÉDUCATIF POUR
L'INSUFFISANCE CARDIAQUE EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Professeur Atul PATHAK

JURY :

Monsieur le Professeur Atul PATHAK

Président

Monsieur le Professeur Marc VIDAL

Assesseur

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Assesseur

Monsieur le Docteur Serge ANÉ

Assesseur

Monsieur le Docteur Philippe CANTIÉ

Membre invité

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. CLAUD	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. SARRASIN	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. BES	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. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. RAILHAC

Professeurs Émérites

Professeur JUSKIEWENSKI	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-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 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)	Ophtalmologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch	Hépatogastro-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 S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
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. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophtalmologie
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. LAUWERS F.	Anatomie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE 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. MALVAUD B.	Urologie	M. PERON J.M.	Hépatogastro-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 NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie		
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)	Hépatogastro-Entérologie		
		P.U.	
		M. OUSTRIC S.	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine GénéraleDr. POUTRAIN J.Ch
Dr. MESTHÉ P.Professeur Associé de Médecine du Travail

Dr NIEZBORALA 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.	Hépatogastro-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)	Hépatogastro-Entérologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GERAUD G.	Neurologie	M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. 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 GUIMBAUD 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. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	Mme MAZEREUEW 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. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING 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. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SAMII 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.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CORRE J.	Hématologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme COURBON	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY 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. IRIART 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 TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme PERIQUET B.	Nutrition
M. LOPEZ R.	Anatomie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. MONTOYA R.	Physiologie	M. RIMAILHO 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 RAGAB 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 TREMOLLIERS F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	M. BISMUTH S.	Médecine Générale
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire	Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

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

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A mon président et directeur de thèse, Monsieur le Professeur Atul PATHAK,

Vous me faites l'honneur de présider et diriger ma thèse, je vous en suis particulièrement reconnaissante et vous assure d'un profond respect. Vos compétences et votre expérience professionnelles ont guidé mon travail et l'ont enrichi au fil des jours.

A mon juge, Monsieur le Professeur Marc VIDAL,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse à travers votre regard de médecin généraliste émérite.

A mon juge, Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse et d'avoir su le faire grandir à travers vos remarques de fin pédagogue.

A mon juge, Monsieur le Docteur Serge ANÉ,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse et de m'avoir conseillée dans mon domaine de recherche, une de vos prédilections.

A Monsieur le Docteur Philippe CANTIÉ,

Je te remercie pour ta présence, ton soutien, ta grande pédagogie, en toute simplicité et sincérité. Sans toi, mon travail de thèse n'aurait pas vu le jour. Ton seul et unique défaut : le CO !

Aux professionnels de santé,

Aux médecins et aux équipes paramédicales qui m'ont fait découvrir et apprécier l'univers de la médecine, m'ont transmis leurs compétences, fait partager leurs expériences et appréhender la dimension humaine de notre métier.

Aux membres du DUMG et aux internes de l'AIMG qui veillent à une formation toulousaine de qualité en médecine générale.

A l'association APETCARDIOMIP, pour son travail de qualité sur l'éducation thérapeutique du patient pour les patients insuffisants cardiaques.

Aux médecins qui m'ont accordé de leur temps précieux afin de participer à cette étude.

A ma famille,

Maman et papa,

Votre amour, votre confiance, votre présence et soutien tout au long de mes études de médecine m'ont guidée sur le juste chemin. Je vous en remercie du fond du coeur et vous témoigne mon éternel amour.

Mô,

La petite Caroline est devenue grande, et ce grâce à toi à travers ton amour, ta générosité et ton humour.

Madeleine et Marcel,

Je vous remercie pour votre amour et votre sagesse de grands-parents.

Murielle, Jacques, Arthur, Laure, Frédéric, Clémence et Stéphanie,

Je vous remercie pour votre amour et fidèle présence.

A Edouard, mon évidence.

A mes amis,

D'enfance : Emilie, Arno et Marie, Valoch,

Merci d'être encore et toujours à mes cotés pour partager un perpétuel et profond bonheur. Merci pour votre implication personnelle dans mon travail de thèse.

Claire,

Merci pour ton amitié sincère que tu m'offres depuis de nombreuses années.

Les Camilles, Cécile et Magali,

Merci pour votre fidèle amitié depuis les années fac. Et... à la vie !

Fred, qui restera à jamais mon inoubliable et amical co-externe.

Céline, pour ta joie de vivre...nordique.

Caro, Gaëlle, Emilie, Laure, Marie, Yasmine, pour ces beaux instants de vie.

Et merci à tous les copains qui se reconnaîtront...les ruthénois, les chtarbais, les amis de l'HDE, les castrais et les clermontois.

En quoi consiste l'Education ?

A élever l'homme, l'homme tout entier : son esprit, son cœur, son âme, sa conscience,
son caractère, toutes ses facultés, toutes ses puissances, toute sa vie.

Félix Dupanloup

De l'éducation, 1861.

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	17
1. L'insuffisance cardiaque	18
1.1. <u>Définitions</u>	18
1.2. <u>Etat des lieux en France en 2014</u>	19
2. L'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque	20
2.1. <u>Définitions</u>	20
2.2. <u>Etat des lieux en France en 2014</u>	22
3. Problématique	24
II. MATÉRIEL ET MÉTHODES	25
1. Type d'étude	25
2. Population étudiée et recrutement	25
3. Recrutement des patients participant à l'étude	25
4. Nombre de sujets nécessaires	26
5. Elaboration des questionnaires	26
5.1. <u>Questionnaire « Diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque »</u>	26
5.2. <u>Questionnaire « Enquête de faisabilité d'un diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale »</u>	26
6. Diffusion et retour des questionnaires	27
7. Facteur étudié, critères de jugement principal et secondaire	27
8. Méthode d'analyse statistique	28
III. RÉSULTATS	29
1. Taux de participation	29
2. Critères démographiques des médecins recrutés	29
2.1. <u>Genre</u>	29
2.2. <u>Age</u>	29
2.3. <u>Durée d'exercice</u>	29
2.4. <u>Mode d'exercice</u>	30
2.5. <u>Lieu d'exercice</u>	30
2.6. <u>Formation à l'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque</u>	30
3. Faisabilité du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en consultation de médecine générale	30
4. Réalisation pratique du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en consultation de médecine générale	30
4.1. <u>Organisation</u>	30
4.2. <u>Temps nécessaire à la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque</u> ...32	
4.3. <u>Acceptabilité par le patient</u>	33
5. Forme du questionnaire « Diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque »	34
5.1. <u>Méthodes de recueil des connaissances du patient</u>	34
5.2. <u>Méthodes d'évaluation des connaissances et de la motivation du patient</u>	35
5.3. <u>Détermination d'un objectif éducatif prioritaire</u>	37
6. Contenu du questionnaire « Diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque »	38
6.1. <u>Clarté et pertinence des questions du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque</u> 38	
6.2. <u>Connaissance de la notion de diagnostic éducatif</u>	40

6.3.	<u>Bénéfice pour le médecin, du diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque</u>	41
6.4.	<u>Bénéfice pour le patient, du diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque</u>	43
6.5.	<u>Modification des pratiques professionnelles à la suite du diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque</u>	45
6.6.	<u>Freins à la réalisation du diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque</u> .	46
6.7.	<u>Sensibilisation à l'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque</u>	47
6.8.	<u>Participation à l'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque</u>	48
6.9.	<u>Orientation des patients vers des structures d'éducation thérapeutique du patient</u>	49
6.10.	<u>Intervention du médecin généraliste du patient dans le diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque</u>	50
6.11.	<u>Formation dédiée à la réalisation d'un diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque</u>	52
6.12.	<u>Rémunération spécifique pour la réalisation d'un diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque</u>	53
IV.	DISCUSSION	54
1.	Principaux résultats, interprétations et hypothèses, comparaison à la littérature	54
1.1.	<u>Faisabilité du diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque</u>	54
1.2.	<u>Freins à la réalisation du diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque</u> .	54
1.3.	<u>Facteurs favorisant la réalisation du diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque</u>	67
2.	Forces et faiblesses de l'étude	70
2.1.	<u>Forces</u>	70
2.2.	<u>Faiblesses</u>	70
V.	CONCLUSION	73
VI.	BIBLIOGRAPHIE	74
VII.	ANNEXES	79
1.	Lettre justificative et explicative destinée aux médecins généralistes recrutés	79
2.	Formulaire de consentement du patient	80
3.	Questionnaire « Diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque »	81
4.	Questionnaire « Enquête de faisabilité d'un diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale »	93
5.	L'outil PLANETIC	99

TABLE DES TABLEAUX

<u>Tableau 1</u> : Diagnostic de l'insuffisance cardiaque (4).....	18
<u>Tableau 2</u> : Classification fonctionnelle de la New York Heart Association en fonction de la gravité des symptômes et de l'activité physique (4).....	19
<u>Tableau 3</u> : Exemples de correspondance entre le type de prise en charge éducative et les lieux-ressources, selon la situation du patient (35)	60
<u>Tableau 4</u> : Stades de Prochaska (42)	63

TABLE DES FIGURES

<u>Figure 1</u> : Répartition des médecins, ayant testé le diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en fonction de sa réalisation possible ou non en consultation de médecine générale	30
<u>Figure 2</u> : Répartition des médecins en fonction de la modification de l'organisation de la journée de travail afin de réaliser le diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale	31
<u>Figure 3</u> : Répartition du type de modification de l'organisation de la journée de travail dans le groupe « Organisation de la journée de travail modifiée »	31
<u>Figure 4</u> : Répartition des médecins en fonction du type de consultation choisi pour la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale	32
<u>Figure 5</u> : Répartition des médecins en fonction du temps nécessaire à la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale	32
<u>Figure 6</u> : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et du temps nécessaire à la réalisation de celui-ci	33
<u>Figure 7</u> : Répartition des médecins en fonction des méthodes de recueil des connaissances du patient.....	34
<u>Figure 8</u> : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et des méthodes de recueil des connaissances du patient.....	35
<u>Figure 9</u> : Répartition des médecins en fonction des méthodes d'évaluation des connaissances et de la motivation du patient (par échelles visuelles)	35
<u>Figure 10</u> : Répartition des causes évoquées par les médecins dans le groupe « Méthodes d'évaluation des connaissances et de la motivation du patient non adaptées »	36
<u>Figure 11</u> : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et des méthodes d'évaluation des connaissances et de la motivation du patient (par échelles visuelles)	36
<u>Figure 12</u> : Répartition des médecins en fonction de la possibilité de déterminer un objectif éducatif prioritaire.....	37
<u>Figure 13</u> : Répartition des causes évoquées par les médecins dans le groupe « Détermination d'un objectif éducatif prioritaire impossible »	37
<u>Figure 14</u> : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et de la possibilité de déterminer un objectif éducatif prioritaire	38
<u>Figure 15</u> : Répartition des médecins en fonction de la clarté et de la pertinence des questions du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque	38
<u>Figure 16</u> : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et de la clarté et pertinence des questions posées	39
<u>Figure 17</u> : Répartition des médecins en fonction de la connaissance de la notion de diagnostic éducatif.....	40
<u>Figure 18</u> : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et de la connaissance de la notion de diagnostic éducatif.....	40

<u>Figure 19</u> : Répartition des médecins en fonction du bénéfice qui leur est apporté par le diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque	41
<u>Figure 20</u> : Répartition des bénéfices apportés aux médecins par le diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque dans les groupes « Oui complètement » et « Plutôt oui ».....	41
<u>Figure 21</u> : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et du bénéfice que celui-ci apporte aux médecins.....	42
<u>Figure 22</u> : Répartition des médecins en fonction du bénéfice apporté au patient par le diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque	43
<u>Figure 23</u> : Répartition des bénéfices apportés aux patients par le diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque dans les groupes « Oui complètement » et « Plutôt oui ».....	43
<u>Figure 24</u> : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et du bénéfice que celui-ci apporte aux patients	44
<u>Figure 25</u> : Répartition des médecins en fonction de la modification des pratiques professionnelles par le diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque	45
<u>Figure 26</u> : Répartition des types de modifications des pratiques professionnelles des médecins dans les groupes « Oui, complètement » et « Plutôt oui »	45
<u>Figure 27</u> : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et des modifications des pratiques professionnelles par celui-ci	46
<u>Figure 28</u> : Répartition des freins à la réalisation d'un diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque selon les médecins	46
<u>Figure 29</u> : Répartition des médecins en fonction de leur sensibilisation à l'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque	47
<u>Figure 30</u> : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et de la sensibilisation à l'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque	48
<u>Figure 31</u> : Répartition des médecins en fonction de leur participation à l'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque	48
<u>Figure 32</u> : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et de la participation à l'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque	49
<u>Figure 33</u> : Répartition des médecins en fonction de l'orientation des patients vers des structures d'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque	49
<u>Figure 34</u> : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et de l'orientation vers des structures d'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque	50
<u>Figure 35</u> : Répartition des médecins en fonction de l'intervention du médecin généraliste dans le diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque	50
<u>Figure 36</u> : Répartition des arguments justifiant l'intervention du médecin généraliste dans le diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque	51
<u>Figure 37</u> : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et de l'intervention du médecin généraliste	52

<u>Figure 38</u> : Répartition des médecins en fonction de la nécessité d'une formation dédiée à la réalisation d'un diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque	52
<u>Figure 39</u> : Répartition des médecins en fonction de la nécessité d'une rémunération spécifique pour la réalisation d'un diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque	53

LISTE DES ABRÉVIATIONS

APS	Activités Physiques et Sportives
ARA II	Antagonistes des Récepteurs de l'Angiotensine II
ARM	Antagonistes des Récepteurs aux Minéralo-corticoïdes
ARS	Agence Régionale de Santé
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
DE	Diagnostic Educatif
DPC	Développement Personnel Continu
DRDR	Dotation Régionale de Développement des Réseaux
ECN	Examen Classant National
ESC	European Society of Cardiology : Société Européenne de Cardiologie
ETIC	Education Thérapeutique pour l'Insuffisance Cardiaque
ETP	Education Thérapeutique du Patient
EVACET	Evaluation et Accompagnement en Education Thérapeutique
FAQSV	Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FE	Fraction d'Ejection
FMC	Formation Médicale Continue
FNPEIS	Fond National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de Santé Publique
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
HTA	Hypertension Artérielle
IC	Insuffisance Cardiaque
IEC	Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
MSA	Mutuelle Sociale Agricole
NYHA	New York Heart Association
ODIN	Observatoire De l'Insuffisance Cardiaque
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORSMIP	Observatoire Régional de Santé de Midi-Pyrénées
PRADO	Programme d'Accompagnement du retour à Domicile des patients hospitalisés
SFC	Société Française de Cardiologie
SRAA	Système Rénine-Angiotensine-Aldostérone
SSR	Soins de Suite et Réadaptation
UTEP	Unité Transversale d'Education Thérapeutique

I. INTRODUCTION

L'insuffisance cardiaque (IC) est décrite comme l'une des épidémies du XXIème siècle. L'allongement de l'espérance de vie, la plus grande maîtrise des facteurs de risque cardiovasculaires, la précocité de prise en charge et le suivi plus extensif d'autres pathologies cardiaques telles que les cardiopathies ischémiques ou valvulaires, contribuent à une augmentation de la prévalence et de l'incidence de l'IC notamment au-delà de 60 ans (1).

Au cours des 25 dernières années, des progrès majeurs ont été accomplis dans la prise en charge médicamenteuse de l'IC à fraction d'éjection altérée. Le blocage du système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA), puis du système sympathique et l'utilisation d'antagonistes des récepteurs aux minéralocorticoïdes (ARM) ont effectivement contribué à une réduction de la morbidité et des mortalités cardiovasculaire et globale. Cependant, les derniers essais cliniques suggèrent que nous avons atteint un effet seuil et que malgré l'ajout de thérapeutiques, le gain reste minime. En effet, on assiste à une divergence en terme de mortalité et morbidité liée à cette pathologie : alors que la mortalité décroît, la fréquence des hospitalisations augmente de manière préoccupante au prix d'une altération de la qualité de vie des patients et d'un surcoût en terme de santé publique (1).

Dans ce contexte, les interventions non pharmacologiques à visée hémodynamique (resynchronisation cardiaque et défibrillateurs automatiques) et de réadaptation cardiaque ont pallié en partie au manque d'efficacité relative des stratégies médicamenteuses. Elles ont amélioré le pronostic du patient insuffisant cardiaque et font l'objet d'une validation de leurs utilisations dans les dernières recommandations de la Société Européenne de Cardiologie (ESC).

De plus, l'épidémiologie même de l'IC a changé. Le concept de maladie purement hémodynamique a évolué vers une vision neuro-humorale, conduisant au développement de bloqueurs neuro-humoraux tels que les bêta-bloquants, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II). Désormais, les patients poly-pathologiques, cumulant IC et diabète, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), insuffisance rénale ou anémie sont sur le devant de la scène. Ces nouvelles entités obligent de plus en plus à une coordination des professionnels de santé autour de l'« acteur patient » (1). Ainsi se développent des programmes d'éducation thérapeutique, afin de pallier aux insuffisances des thérapeutiques actuelles et de prendre en compte le patient dans sa globalité. L'idée est de permettre une amélioration de la prise en charge du patient grâce à de nouvelles approches, au-delà de la pharmacologie et des techniques interventionnelles.

Même si l'éducation thérapeutique du patient (ETP) a fait l'objet de recommandations des sociétés savantes depuis plusieurs années, trop peu de patients en bénéficient à ce jour. Des arguments d'ordre matériel (manque de temps, isolement géographique), médical (manque de formation et de connaissances) et économique (financement) semblent en être les principales raisons (2). Ainsi, les cliniciens peinent à intégrer l'ETP, dont ils connaissent pourtant les bénéfices à leur pratique quotidienne (3).

Dans ce contexte, notre travail vise à proposer une approche simplifiée de l'ETP pour l'IC afin de faciliter son utilisation et sa diffusion, auprès de médecins généralistes exerçant une médecine ambulatoire de proximité, à la différence des programmes existant jusqu'alors.

1. L'insuffisance cardiaque

1.1. Définitions

L'ESC (4) définit l'IC par la présence de symptômes d'IC (au repos ou à l'effort) associés à une preuve (de préférence échocardiographique) de dysfonction cardiaque systolique et/ou diastolique (au repos) et en cas de doute diagnostique, associés à une réponse favorable au traitement habituel de l'IC.

Les deux premiers critères doivent être obligatoirement présents pour en faire le diagnostic.

Deux types d'IC sont reconnus en fonction de la valeur de la fraction d'éjection (FE) :

- IC à FE altérée (FE strictement inférieure à 45%) ou IC systolique,
- IC à FE préservée (FE supérieure ou égale à 45%) ou IC diastolique.

Le tableau 1 décrit les critères diagnostiques de l'IC en fonction de son type.

Tableau 1 : Diagnostic de l'insuffisance cardiaque (4)

Le diagnostic d'ICS nécessite trois éléments :
1. Des symptômes typiques d'IC
2. Des signes cliniques typiques d'IC ¹
3. Une diminution de la FEVG
Le diagnostic d'IC-FEP nécessite quatre éléments :
1. Des symptômes typiques d'IC
2. Des signes cliniques typiques d'IC ¹
3. Une FEVG normale ou peu diminuée et un VG non dilaté
4. Une cardiopathie structurelle (hypertrophie VG/dilatation OG) et/ou une dysfonction diastolique

FEVG = fraction d'éjection du ventricule gauche ; IC = insuffisance cardiaque ;
ICS = insuffisance cardiaque à fonction systolique diminuée ; IC-FEP = insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée ; OG = oreillette gauche ; VG = ventricule gauche.

¹Les signes peuvent manquer aux stades précoces de l'IC (surtout dans l'IC-FEP) et chez les patients traités par diurétiques.

La cardiopathie ischémique domine les étiologies des IC à FE altérée, tandis que la cardiopathie hypertensive est la principale cause des IC à FE préservée.

La classification de la New York Heart Association (NYHA) permet de déterminer le stade de l'IC (4, tableau 2).

Tableau 2 : Classification fonctionnelle de la New York Heart Association en fonction de la gravité des symptômes et de l'activité physique (4)

Classe I	Aucune limitation de l'activité physique. L'activité physique ordinaire ne provoque pas de dyspnée, de fatigue ou de palpitation.
Classe II	Légère limitation de l'activité physique. Aucune gêne au repos, mais l'activité physique ordinaire entraîne une dyspnée, une fatigue ou des palpitations.
Classe III	Limitation marquée de l'activité physique. Aucune gêne au repos, mais une activité physique plus légère que l'activité ordinaire entraîne une dyspnée, une fatigue ou des palpitations.
Classe IV	Incapacité de pratiquer une activité physique sans gêne. Des symptômes peuvent exister au repos. Toute activité physique augmente la gêne.

1.2. Etat des lieux en France en 2014

1.2.1. *Une pathologie fréquente*

La prévalence de l'IC est estimée en France à 2,2% soit 1 million de patients. Elle augmente avec l'âge, intéressant respectivement 12 et 20% des sujets âgés de plus de 60 et 80 ans (5). L'âge moyen de cette population est de 77 ans. Les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes (51% tout âge confondu) particulièrement chez les plus âgées (68% des patients de plus de 85 ans) et davantage porteuses d'une IC à FE préservée.

Les comorbidités sont particulièrement fréquentes et dominées par le diabète et l'hypertension artérielle (HTA) (6).

1.2.2. *Une pathologie grave*

Le taux annuel de décès lié à l'IC est de 16,6% (6). La mortalité augmente avec l'âge, la sévérité de l'IC définie par la classification NYHA et la présence d'une hospitalisation pour IC au cours des 6 derniers mois. La survie à 5 ans est de l'ordre de 30%, et donc inférieure à celle des cancers dans leur globalité. Ainsi, l'IC est et reste, malgré les progrès thérapeutiques récents, une pathologie grave au pronostic sombre (7).

1.2.3. Une pathologie coûteuse liée aux nombreuses hospitalisations

L'hospitalisation est le premier poste de dépense des insuffisants cardiaques dont le coût annuel est estimé à 1 milliard d'euro en France soit 70% du coût de cette pathologie. L'IC constitue ainsi la principale cause d'hospitalisation après 60 ans (8). Il s'agit le plus souvent d'hospitalisations non programmées, liées en partie à la sévérité de la maladie mais également à un fort taux d'arrêt de traitement, de régime diététique et/ou de suivi (3, 8). On estime ces hospitalisations évitables par un bon suivi éducationnel à 30% (3).

2. L'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque

2.1. Définitions

2.1.1. L'éducation thérapeutique du patient

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (9), « l'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients atteints de maladies chroniques d'acquérir et de conserver les capacités et 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 ».

Elle ajoute que l'ETP doit :

- « être structurée, organisée, réalisée par divers moyens éducatifs ».
- « être multi-professionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle et inclure le travail en réseau ».
- « inclure une évaluation du processus d'apprentissage et de ses effets ».
- « être réalisée par des soignants formés à l'éducation du patient ».

« Une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient ».

En France, le développement de l'ETP est relativement récent. Son essor s'est accéléré depuis les lois de 2004, relatives à la Santé Publique et l'Assurance Maladie (10, 11), qui soulignent le caractère fondamental d'une politique de prévention pour lutter contre la maladie, modifier les comportements à risque et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

La Haute Autorité de Santé (HAS) (12) décrit dans ses recommandations de juin 2007, les finalités de l'ETP à travers un concept de « double compétence » (d'auto-soin et d'adaptation) ainsi que son intégration au sein d'une stratégie thérapeutique spécifique à chaque maladie chronique.

Le rapport d'experts présenté en septembre 2008, à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative (13) définit l'ETP comme « un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soin. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'évènements majeurs de la prise en charge (initiation et/ou modification du traitement, évènements intercurrents...) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable ».

La loi 2009-879 du Code de la Santé Publique datée du 21 juillet 2009 (14), portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) inscrit « l'éducation thérapeutique dans le parcours de soin, dans un objectif d'autonomisation du patient en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ».

Le décret 2010-904 du 2 août 2010 intégré à la loi HPST du Code de la Santé Publique (15) stipule les conditions d'autorisation des programmes d'ETP.

2.1.2. *Le diagnostic éducatif*

Première étape cruciale de la démarche d'ETP, le diagnostic éducatif (DE) consiste en un entretien individuel de compréhension des besoins éducatifs du patient.

Il est indispensable à :

- la connaissance du patient et la perception de la maladie par celui-ci,
- l'évaluation ciblée de ses acquis et lacunes,
- l'identification de ses besoins et attentes.

Il permet la formulation avec le patient, des compétences à acquérir ou mobiliser et à maintenir en tenant compte de ses priorités et ainsi définir un ou des objectifs éducatifs prioritaires. C'est l'occasion d'identifier la réceptivité et la motivation du patient à la proposition d'une ETP.

Le DE doit être actualisé régulièrement et systématiquement lors de la survenue de tout élément nouveau (16).

2.2. Etat des lieux en France en 2014

2.2.1. *Une démarche reconnue dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique*

De nombreuses études ont évalué le bénéfice de l'ETP dans l'IC. Celles-ci ont été réalisées dans des pays aux systèmes de soins variés. Les premières d'entre elles souffraient d'insuffisances méthodologiques (faible puissance, définition discutable du critère d'évaluation, absence de randomisation ou de bras contrôle). Par la suite, la qualité des essais s'est largement améliorée. In fine, certaines méta-analyses ont réussi à prouver l'intérêt de l'ETP dans la prise en charge de l'IC chronique. Par conséquent, l'efficacité d'une ETP de qualité pour l'IC est actuellement largement documentée par de nombreuses publications et méta-analyses (17, 18, 19, 20) soulignant son impact sur les réhospitalisations (30 à 35% de réduction), les coûts, voire la mortalité (18, 19, 20) et donc sur le patient comme sur le système de santé (21). Il est intéressant de noter que cet effet est comparable à nombre de traitements utilisés en thérapeutique cardio-vasculaire et dénué de tout effet secondaire. Néanmoins, il existe une divergence des résultats entre les pays. Nous savons à ce jour, qu'une prise en charge de l'IC par la technologie seule (télé-médecine) est insuffisante. C'est le principe d'une approche hybride, associant intervention humaine et moyens technologiques, qui paraît le plus efficace, notamment en ce qui concerne la réduction des hospitalisations (22).

En 2007, l'HAS publie des recommandations en lien avec l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) afin de mettre en œuvre un cahier des charges destiné à encadrer les pratiques d'ETP (12, 16, 23).

La même année, la Société Française de Cardiologie (SFC) met en place une commission spécialisée afin d'optimiser et d'évaluer l'impact des politiques d'ETP dans le domaine cardiovasculaire, et d'accompagner les soignants dans le passage d'une simple information thérapeutique à un véritable programme d'éducation thérapeutique.

En 2008, l'ESC inclut cette démarche d'ETP dans les pratiques reconnues comme nécessaires dans la prise en charge du patient insuffisant cardiaque chronique avec un degré de preuve extrêmement élevé (niveau IA, ce qui correspond à une recommandation forte confirmée par plusieurs études randomisées) (24). De plus, les dernières recommandations de l'ESC de 2012, insistent sur l'importance de l'ETP dans la prise en charge de l'IC chronique (4).

2.2.2. Les structures offrant une éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque

L'ETP pour l'IC repose à ce jour, sur plusieurs types de structure (25) :

- Le programme I CARE (26, 27, 28), d'étendue nationale et européenne francophone (France, Belgique et Luxembourg), sous l'égide des sociétés savantes (SFC et Fédération Française de Cardiologie), intra-hospitalier, actuellement en phase de suivi par l'intermédiaire d'un observatoire de l'IC (ODIN) qui évalue l'impact de l'ETP pour l'IC sur la morbi-mortalité,
- Des expériences locorégionales : unités thérapeutiques d'IC (29), structures de soins de suite et de réadaptation (SSR), intervention de la Mutuelle Sociale Agricole (MSA), unités transversales d'éducation thérapeutique (UTEP) (30), hospitalisation à domicile (HAD),
- Des expériences de prise en charge en réseaux de santé (31) par l'intermédiaire éventuel de maisons médicales,
- Des expériences locales : professionnels de santé libéraux, milieu associatif, pharmaciens, prestataires de service et industrie pharmaceutique.

2.2.3. Un programme structuré d'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque

Devant une grande diversité des programmes d'ETP et une inégalité de prise en charge des patients insuffisants cardiaques, la Task Force française propose, sous l'égide de la SFC, la mise en place d'un programme structuré d'ETP (32). Il s'agit d'un cadre de référence qui doit permettre la mise en œuvre d'un programme personnalisé pour chaque patient. Le but est de permettre à l'ensemble de la population des patients atteints d'IC chronique de bénéficier d'une ETP formalisée et structurée avec des messages homogènes. Les professionnels de santé impliqués peuvent ainsi bénéficier d'un même cadre de programme pouvant faciliter le développement de l'ETP et favoriser les échanges.

2.2.4. L'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale

En novembre 2009, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) (33) publie un rapport sur l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours. Celui-ci insiste sur l'importance de la participation du médecin généraliste dans la démarche d'ETP.

En 2010, l'Observatoire Régional de Santé de Midi-Pyrénées (ORMIP) (2) étudie la pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées en identifiant les difficultés rencontrées et les attentes. Cette étude concerne toutes les maladies chroniques mais non spécifiquement l'IC.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) expérimente actuellement dans cinq territoires français (Amiens, Bordeaux, Rouen, Rennes et Strasbourg) un programme d'accompagnement du retour à domicile des patients insuffisants cardiaques hospitalisés (PRADO). Celui-ci fait intervenir le médecin généraliste et a pour objectif une réduction de la mortalité des patients insuffisants cardiaques. Les Agences Régionales de Santé (ARS) veillent à l'articulation de cette expérience avec les autres démarches en place afin d'améliorer la sortie d'hospitalisation des patients concernés (34).

A ce jour, peu d'études publiées permettent d'évaluer la réalité d'une pratique d'ETP pour l'IC en médecine générale. Les principales raisons évoquées sont le faible nombre d'études réalisées dans ce domaine de recherche, le trop faible taux de participation des médecins généralistes concernés, et la rareté de ces programmes en ambulatoire. Pourtant, le médecin généraliste apparaît aujourd'hui comme un acteur privilégié des étapes de sensibilisation, de DE et de renforcement des séances collectives. L'idée est de proposer au patient un parcours dynamique d'ETP permettant d'assurer un continuum éducatif de proximité (35). Ainsi, le médecin traitant a un rôle de coordonnateur de l'ETP en stimulant ses patients et en les amenant à comprendre pourquoi cette action est si importante pour eux, en vérifiant que les différents aspects clé ont été traités et acquis par le patient et enfin en identifiant la réapparition de carences et/ou d'incompréhensions pouvant conduire à une nouvelle prise en charge éducative.

« L'ETP, c'est beaucoup de bon sens et d'humanité associés à une pédagogie finalement assez simple pour un clinicien motivé et attentif (3) ».

3. Problématique

Les besoins en terme d'ETP pour l'IC sont aujourd'hui tels que les structures hospitalières seules, ne peuvent y subvenir.

La réalisation d'un DE ambulatoire adapté à la médecine générale permettrait d'une part, de faciliter l'accessibilité de l'ETP aux patients relevant de cette indication et d'autre part, d'intégrer le médecin généraliste au programme éducatif. De plus, celui-ci possédant une vision d'ensemble de son patient est certainement le plus à même de déterminer les priorités éducatives. A terme, ce projet vise, dans un souci d'économie de la santé, à diminuer les hospitalisations liées à l'IC et à améliorer ainsi la qualité de vie des patients.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la faisabilité d'un DE pour l'IC en médecine générale, en s'intéressant au regard et à l'intérêt que portent les médecins généralistes sur un tel projet et en déterminant les freins à la réalisation de celui-ci.

Pour cela, nous avons interrogé les médecins généralistes libéraux de la région Midi-Pyrénées ayant réalisé le DE pour l'IC que nous avons élaboré, inspiré d'un programme validé d'Education Thérapeutique pour les patients souffrants d'Insuffisance Cardiaque (ETIC) et adapté à la médecine générale.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude « pilote » épidémiologique, descriptive, transversale et multicentrique, du 3 février au 8 mars 2014 au sein de 20 cabinets de médecine générale situés en Midi-Pyrénées.

2. Population étudiée et recrutement

Les deux critères d'inclusion retenus étaient :

- Être médecin généraliste, inscrit à l'Ordre des Médecins,
- Exercer majoritairement une activité libérale de médecine générale en Midi-Pyrénées.

Il s'agissait ou non, de maîtres de stage du troisième cycle des études médicales de la faculté de médecine Toulouse Rangueil. La participation antérieure à une action d'ETP était variable.

Afin de recruter les médecins généralistes les plus à même de réaliser le DE ambulatoire pour l'IC, ont été exclus de l'étude :

- Les médecins généralistes retraités (inactifs professionnellement),
- Les médecins généralistes remplaçants (faible voire absence de suivi à long terme des patients insuffisants cardiaques),
- Les médecins généralistes ayant une activité salariée exclusive (notre étude s'intéressait à l'exercice ambulatoire de la médecine générale),
- Les médecins généralistes ayant un mode d'exercice particulier exclusif (notre étude s'intéressait à l'exercice de la médecine générale et non à celui d'une sur-spécialité).

Les médecins inclus ont été choisis par connaissance.

Une lettre justificative et explicative (Annexe 1) était adressée aux sujets concernés et jointe aux documents relatifs à l'étude.

3. Recrutement des patients participant à l'étude

Les médecins inclus dans l'étude choisissaient un de leurs patients, ambulatoire, porteur d'une IC (quelque soit le type et le stade), n'ayant jamais bénéficié d'une ETP et susceptible d'avoir les capacités de participer. Ces dernières étaient définies par l'absence de trouble cognitif, déficitaire, organique et/ou psychiatrique rendant impossible la réalisation du DE pour l'IC.

Le consentement écrit du patient était recueilli au sein d'un formulaire dédié (Annexe 2).

4. Nombre de sujets nécessaires

Cette étude « pilote » n'a pas nécessité au préalable un calcul d'effectif.

5. Elaboration des questionnaires

5.1. Questionnaire « Diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque »

Nous avons élaboré le questionnaire « Diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque » (Annexe 3) en nous inspirant du DE du programme ETIC de l'Association Pour l'Education Thérapeutique en Cardiologie et dans les Maladies vasculaires en Midi-Pyrénées APETCARDIOMIP, utilisé en intra-hospitalier en Midi-Pyrénées depuis 2010. Celui-ci a été validé par la CNAM et le Fond National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS). Nous l'avons simplifié afin qu'il puisse être réalisable au cours d'une consultation de médecine générale en une trentaine de minutes.

Nous y avons intégré :

- Une observation médicale centrée sur les antécédents, facteurs de risque et traitements cardio-vasculaires,
- L'évaluation des connaissances, des lacunes et de la motivation du patient par l'intermédiaire d'échelles visuelles,
- La détermination d'un objectif éducatif prioritaire, afin de guider la démarche éducative intra ou extrahospitalière ultérieure.

Désormais, il comportait 22 questions réparties en 11 pages.

Les trois principaux thèmes abordés étaient :

- Le patient insuffisant cardiaque et sa maladie, à savoir :
 - ✓ La maladie chronique du patient : son vécu et ses représentations,
 - ✓ Le retentissement de la maladie sur la vie du patient,
 - ✓ L'évaluation des connaissances du patient sur les signes spécifiques, les facteurs déclenchants ou aggravants, les éléments de suivi au long cours de l'IC,
 - ✓ Le traitement de l'IC,
- Le patient insuffisant cardiaque et sa diététique,
- Le patient insuffisant cardiaque et son activité physique.

5.2. Questionnaire « Enquête de faisabilité d'un diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale »

Nous avons élaboré le questionnaire « Enquête de faisabilité d'un diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale » (Annexe 4) afin qu'il puisse être complété par les médecins généralistes recrutés en une dizaine de minutes. Les réponses étaient libres

ou suggérées sous forme de questionnaires à choix multiples (QCM). Il comportait 20 questions réparties en 6 pages.

Il se composait de quatre parties :

- Les informations personnelles relatives aux médecins,
- La réalisation pratique du questionnaire « Diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque »,
- La forme du questionnaire « Diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque »,
- Le contenu du questionnaire « Diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque ».

Il se clôturait par une plage de commentaires libres.

Les données ont été recueillies de manière anonyme.

6. Diffusion et retour des questionnaires

Un premier contact téléphonique a été effectué début février 2014. Les questionnaires ont été diffusés par la suite, par courrier avec lettre de retour affranchie ou par email selon la préférence des médecins concernés. Les adresses postales et coordonnées téléphoniques des différents praticiens ont été recueillies grâce à l'annuaire des Pages Jaunes¹ (36) et au site Internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins² (CNOM) (37). Les adresses email ont elles été collectées lors du premier contact téléphonique.

La date limite de retour des questionnaires par courrier postal ou email, initialement fixée au 28 février 2014 soit un délai de réponse d'environ 25 jours, a été étendue au 8 mars 2014 devant le faible nombre de réponses soit un délai de réponse d'environ 33 jours. Des relances téléphoniques et par email ont été effectuées durant cette période.

7. Facteur étudié, critères de jugement principal et secondaire

Le facteur étudié était la faisabilité du DE pour l'IC en médecine générale.

Le critère de jugement principal était représenté par la réalisation du DE pour l'IC lors d'une consultation de médecine générale.

Les critères de jugement secondaires étaient définis par les freins et les facteurs favorisant la réalisation du DE pour l'IC en médecine générale.

¹ www.pagesjaunes.fr

² www.conseil-national.medecin.fr

8. Méthode d'analyse statistique

Les résultats ont été rassemblés et traités dans un tableur Excel® version 2011.

III. RÉSULTATS

Nous avons présenté les résultats pour l'ensemble des médecins recrutés, dont les questionnaires ont été exploités. Nous avons ajouté les analyses en sous-groupe pertinentes.

1. Taux de participation

Sur les 100 contacts valides, choisis, joints par téléphone (50 hommes et 50 femmes), 52 médecins généralistes ont accepté oralement de participer à notre étude. Ces derniers ont chacun reçu les deux questionnaires, le formulaire de consentement et la lettre justificative et explicative (par courrier et/ou mail selon leur préférence).

Les principaux motifs de refus de participation évoqués par téléphone étaient :

- Le manque de temps,
- Et/ou le manque d'intérêt pour l'ETP pour l'IC,
- Et/ou l'absence de patient insuffisant cardiaque dans la patientèle.

A la date de clôture du recueil de données, nous avons reçu 23 questionnaires. Tous étaient exploitables. Il manquait deux questionnaires de consentement.

Le taux de participation était donc de 23% (contre un taux de participation de 52% recueilli oralement par téléphone).

2. Critères démographiques des médecins recrutés

2.1. Genre

6 médecins étaient de sexe féminin (26%) et 17 de sexe masculin (74%).

2.2. Age

La moyenne d'âge des médecins était de 50,26 ans (de 25 à 64 ans), la médiane à 52 ans et l'écart-type de 10,90.

2.3. Durée d'exercice

La moyenne de la durée d'exercice des médecins était de 23 ans (de 5 à 38 ans), la médiane à 24 ans et l'écart type de 10,01.

2.4. Mode d'exercice

48% des médecins travaillaient en cabinet de groupe, 35% seuls et 17% en maison médicale.

2.5. Lieu d'exercice

44% des médecins travaillaient en milieu urbain, 30% en semi-rural et 26% en rural.

2.6. Formation à l'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque

74% des médecins n'étaient pas formés à l'ETP pour l'IC et 26% l'étaient.

3. **Faisabilité du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en consultation de médecine générale**

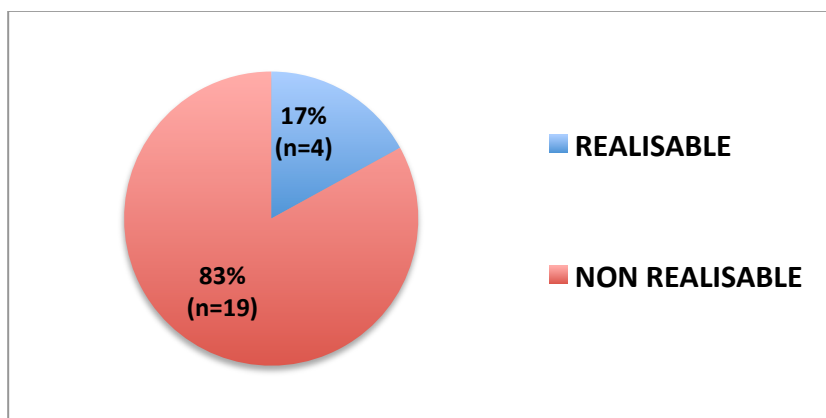


Figure 1 : Répartition des médecins, ayant testé le diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en fonction de sa réalisation possible ou non en consultation de médecine générale

4. **Réalisation pratique du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en consultation de médecine générale**

4.1. Organisation

4.1.1. *Modification de l'organisation de la journée de travail*

III.4.1.1.1. Répartition des médecins en fonction de la modification de l'organisation de la journée de travail

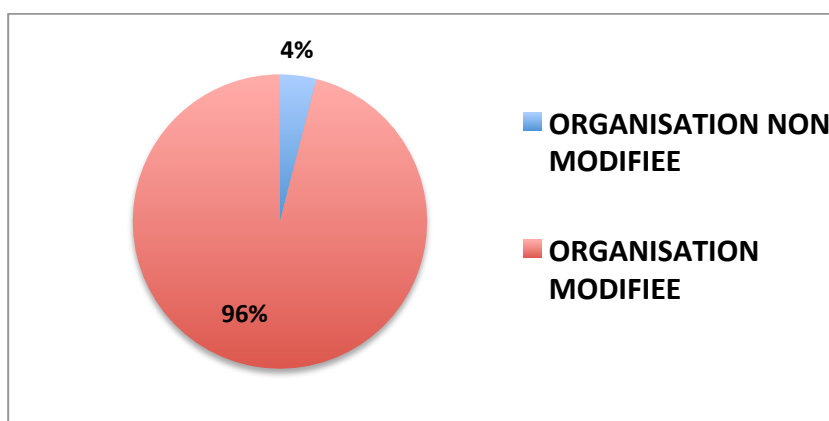


Figure 2 : Répartition des médecins en fonction de la modification de l'organisation de la journée de travail afin de réaliser le diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale

III.4.1.1.2. Type de modification de l'organisation de la journée de travail

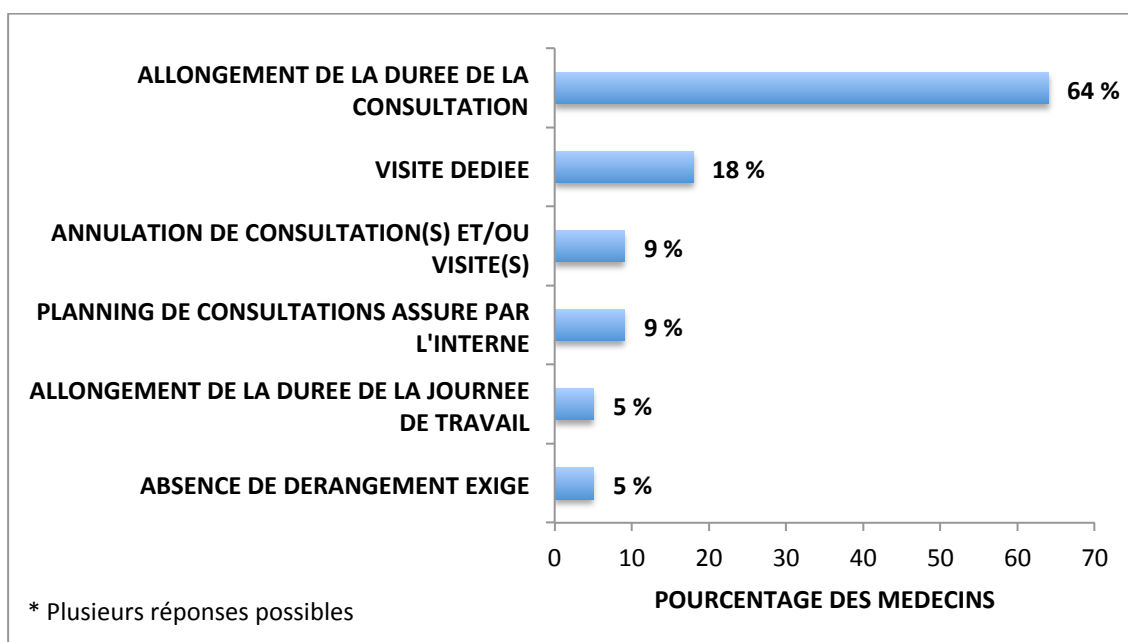


Figure 3 : Répartition du type de modification de l'organisation de la journée de travail dans le groupe « Organisation de la journée de travail modifiée »

III.4.1.1.3. Mise en difficulté par la modification de l'organisation de la journée de travail

Parmi les médecins ayant modifié l'organisation de leurs journées de travail, 9% rapportaient une mise en difficulté, 9% une absence de mise en difficulté. Les 82% restants n'ont pas répondu à la question.

4.1.2. Type de consultation choisi pour la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque

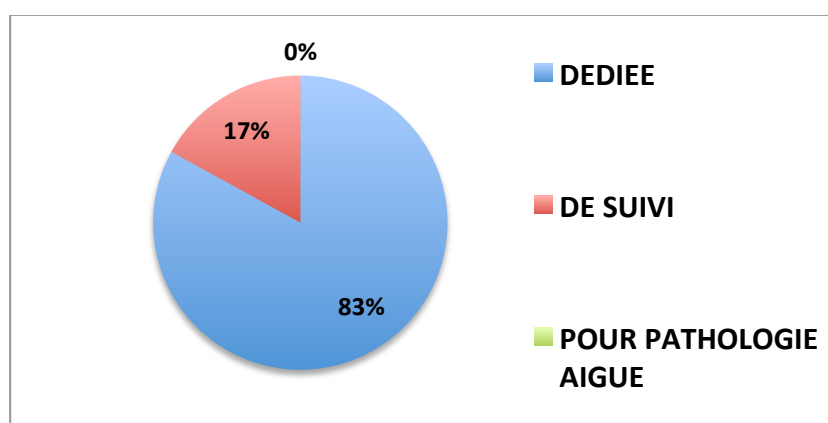


Figure 4 : Répartition des médecins en fonction du type de consultation choisi pour la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale

4.2. Temps nécessaire à la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque

4.2.1. Répartition des médecins en fonction du temps nécessaire à la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque

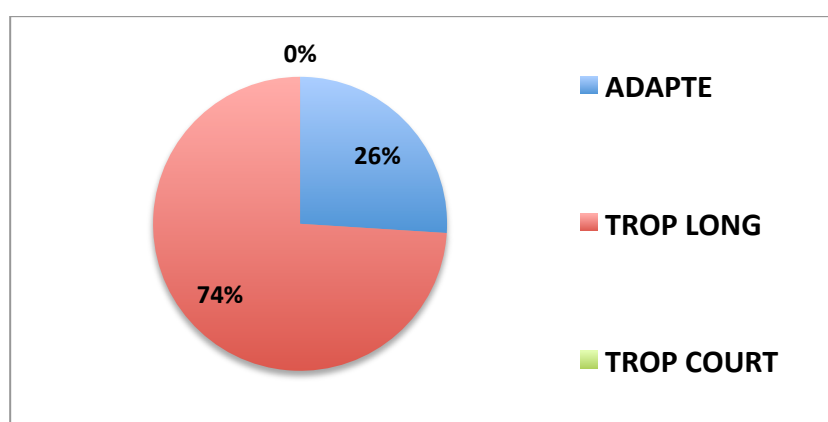


Figure 5 : Répartition des médecins en fonction du temps nécessaire à la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale

D'après le recueil de commentaires libres, la réalisation du DE pour l'IC nécessitait entre 30 et 60 minutes.

4.2.2. Réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en fonction du temps nécessaire à la réalisation de celui-ci

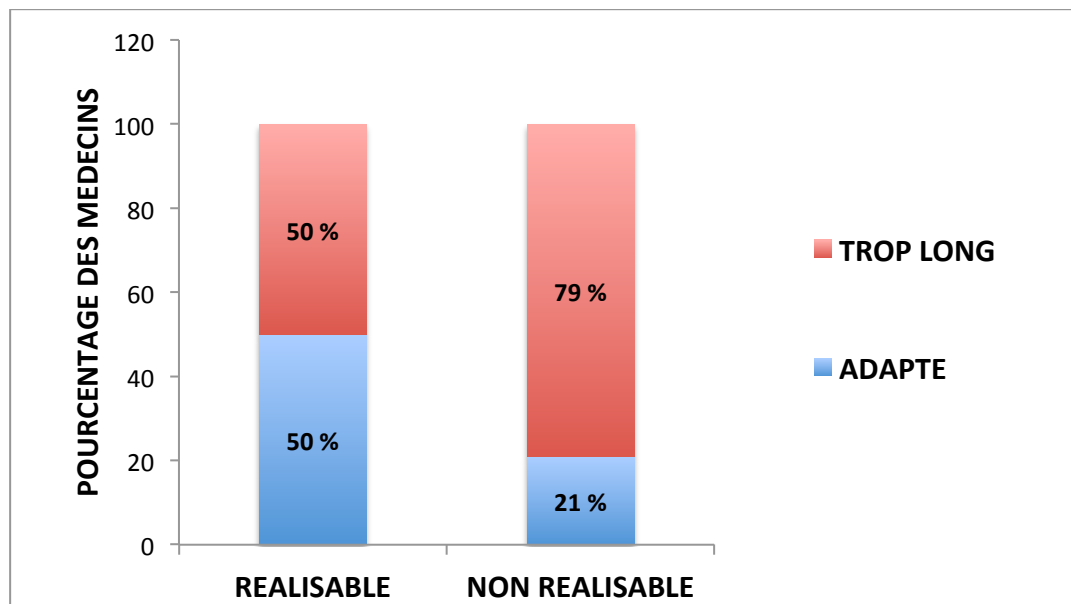


Figure 6 : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et du temps nécessaire à la réalisation de celui-ci

4.3. Acceptabilité par le patient

100% des médecins rapportaient une bonne acceptabilité du DE pour l'IC par le patient.

5. Forme du questionnaire « Diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque »

5.1. Méthodes de recueil des connaissances du patient

5.1.1. Répartition des médecins en fonction des méthodes de recueil des connaissances du patient

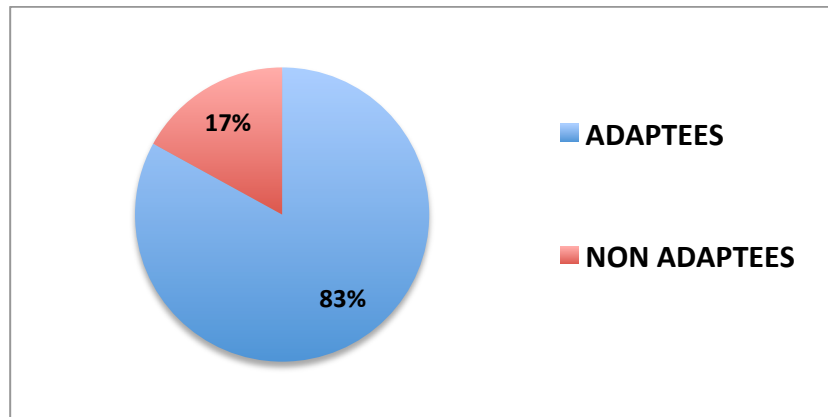


Figure 7 : Répartition des médecins en fonction des méthodes de recueil des connaissances du patient

Les méthodes de recueil des connaissances du patient étaient considérées comme « adaptées » lorsqu'elles répondaient aux attentes des médecins et à l'inverse comme « non adaptées » lorsqu'elles n'y répondaient pas.

5.1.2. Causes de méthodes de recueil des connaissances du patient « non adaptées »

Les médecins considérant les méthodes de recueil des connaissances du patient comme « non adaptées » évoquaient les causes suivantes :

- Des échelles visuelles inappropriées au patient (25%),
- Une méthode chronophage (25%),
- Une variabilité en fonction des niveaux cognitif et/ou socio-culturel (25%),
- Absence de justification (25%).

5.1.3. Réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en fonction des méthodes de recueil des connaissances du patient

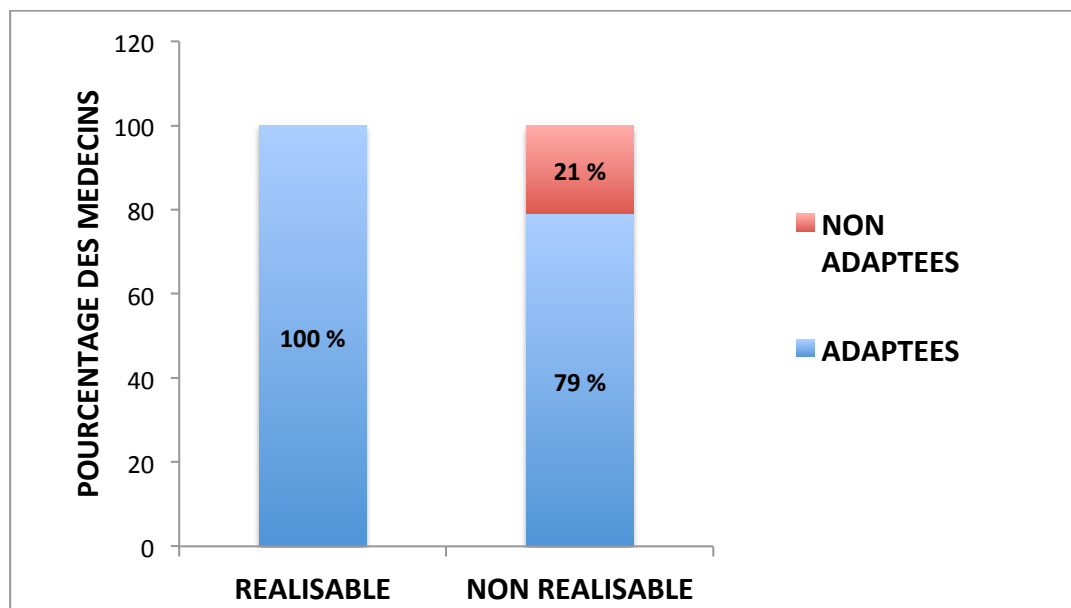


Figure 8 : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et des méthodes de recueil des connaissances du patient

5.2. Méthodes d'évaluation des connaissances et de la motivation du patient

5.2.1. Répartition des médecins en fonction des méthodes d'évaluation des connaissances et de la motivation du patient

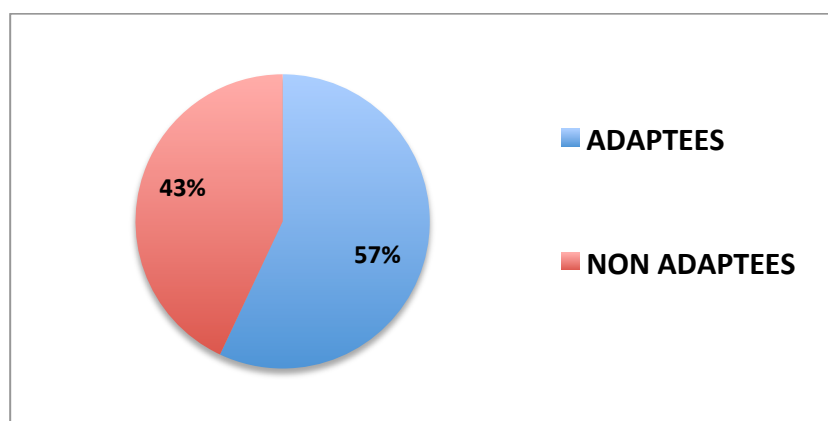


Figure 9 : Répartition des médecins en fonction des méthodes d'évaluation des connaissances et de la motivation du patient (par échelles visuelles)

Les méthodes d'évaluation des connaissances et de la motivation du patient étaient considérées comme « adaptées » lorsqu'elles répondaient aux attentes des médecins et à l'inverse comme « non adaptées » lorsqu'elles n'y répondaient pas.

5.2.2. Causes de méthodes d'évaluation des connaissances et de la motivation du patient « non adaptées »

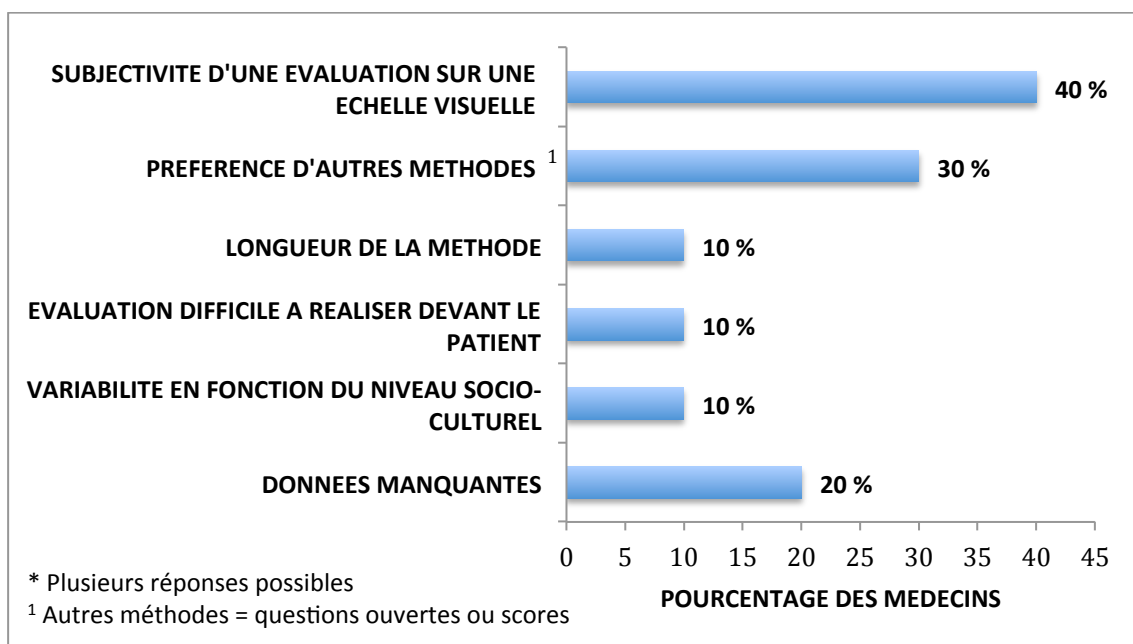


Figure 10 : Répartition des causes évoquées par les médecins dans le groupe « Méthodes d'évaluation des connaissances et de la motivation du patient non adaptées »

5.2.3. Réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en fonction des méthodes d'évaluation des connaissances et de la motivation du patient

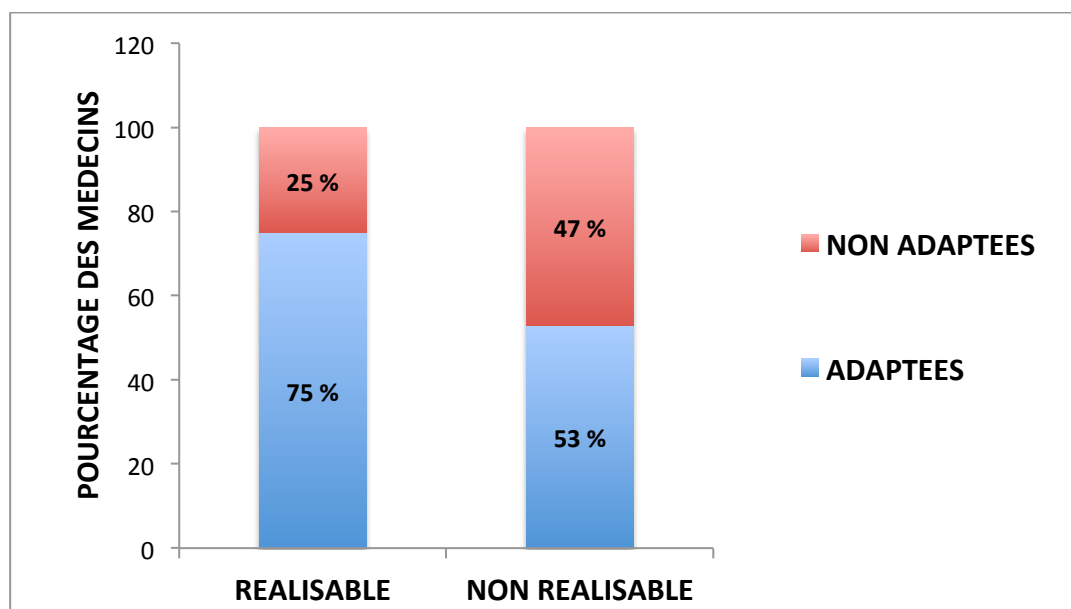


Figure 11 : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et des méthodes d'évaluation des connaissances et de la motivation du patient (par échelles visuelles)

5.3. Détermination d'un objectif éducatif prioritaire

5.3.1. Répartition des médecins en fonction de la possibilité de déterminer un objectif éducatif prioritaire

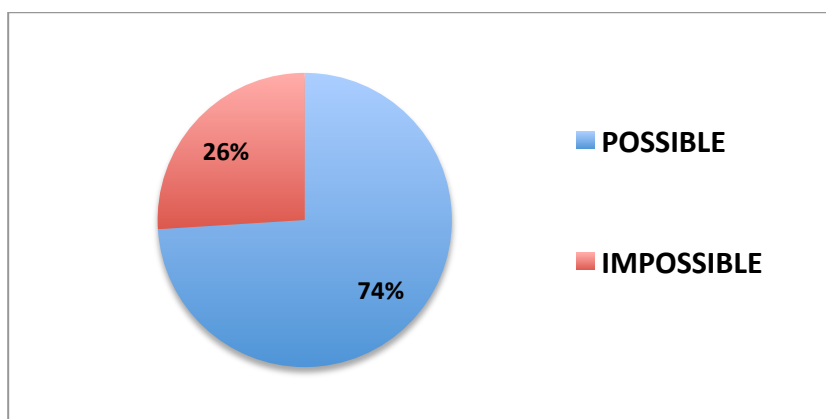


Figure 12 : Répartition des médecins en fonction de la possibilité de déterminer un objectif éducatif prioritaire

5.3.2. Causes de détermination d'un objectif éducatif prioritaire « impossible » :

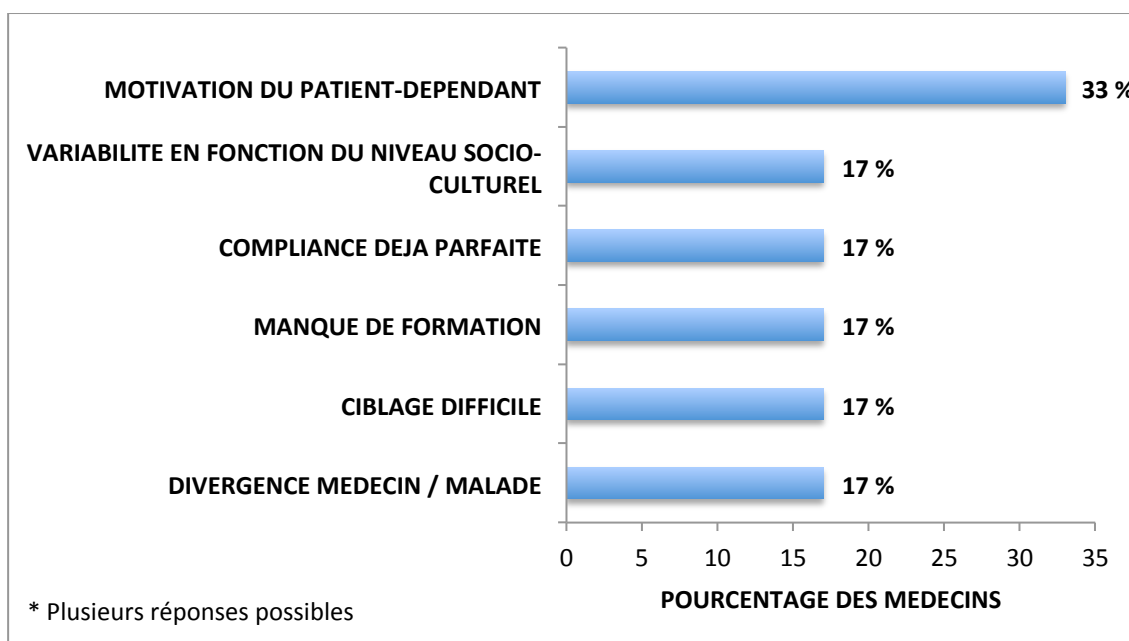


Figure 13 : Répartition des causes évoquées par les médecins dans le groupe « Détermination d'un objectif éducatif prioritaire impossible »

5.3.3. Réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en fonction de la détermination d'un objectif éducatif prioritaire

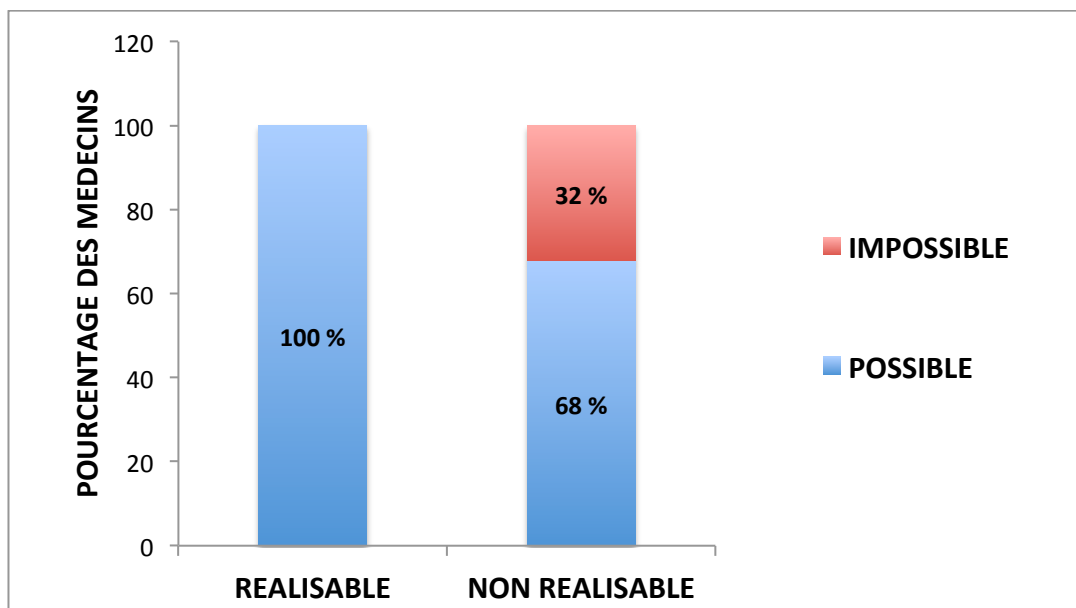


Figure 14 : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et de la possibilité de déterminer un objectif éducatif prioritaire

6. Contenu du questionnaire « Diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque »

6.1. Clarté et pertinence des questions du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque

6.1.1. Répartition des médecins en fonction de la clarté et de la pertinence des questions du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque

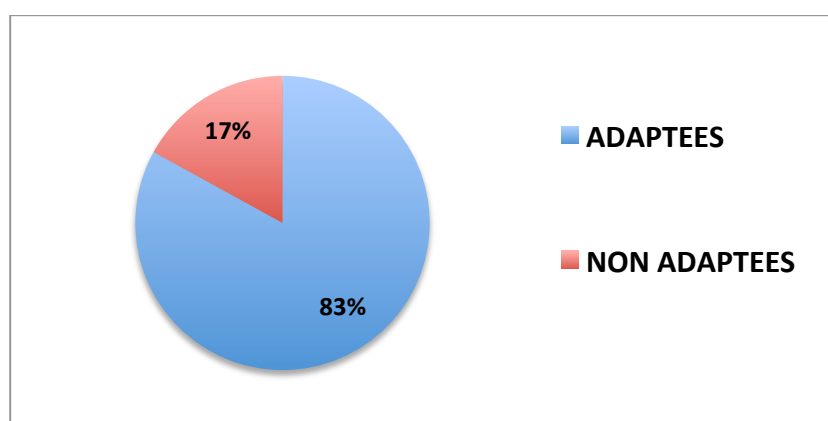


Figure 15 : Répartition des médecins en fonction de la clarté et de la pertinence des questions du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque

La clarté et la pertinence des questions du DE pour l'IC étaient considérées comme « adaptées » lorsqu'elles répondaient aux attentes des médecins et à l'inverse comme « non adaptées » lorsqu'elles n'y répondaient pas.

6.1.2. Causes de clarté et pertinence des questions du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque « non adaptées »

Les médecins considérant la clarté et la pertinence des questions du DE pour l'IC comme « non adaptées » évoquaient les causes suivantes :

- Une variabilité en fonction du niveau socio-culturel (75%),
- Une complexité des questions et du vocabulaire employé (50%),
- Une participation impossible des patients de par des connaissances insuffisantes (25%).

6.1.3. Réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en fonction de la clarté et la pertinence des questions posées

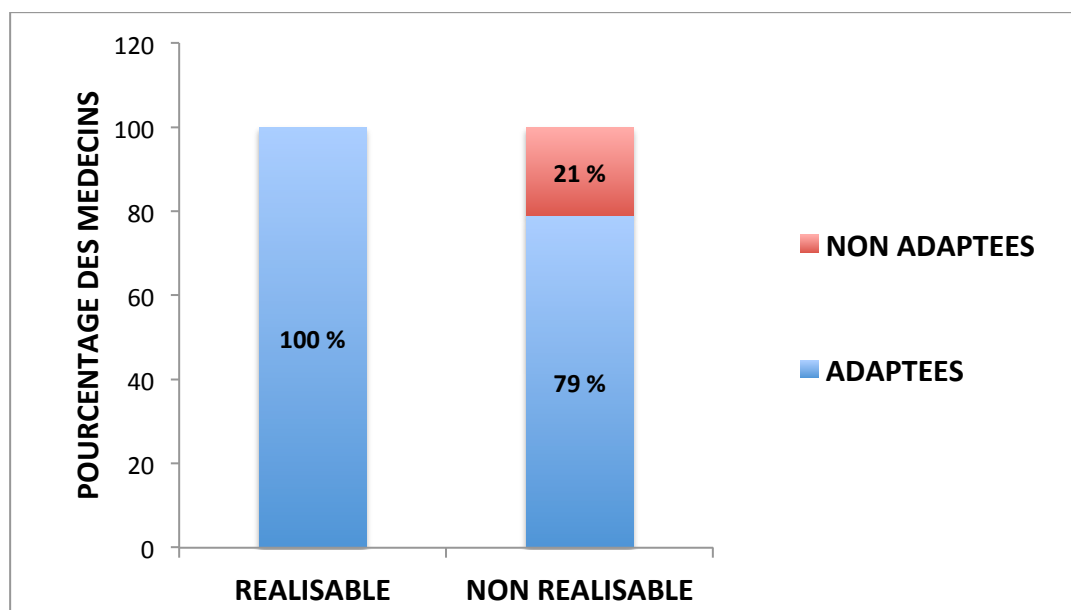


Figure 16 : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et de la clarté et pertinence des questions posées

6.2. Connaissance de la notion de diagnostic éducatif

6.2.1. Répartition des médecins en fonction de la connaissance de la notion de diagnostic éducatif

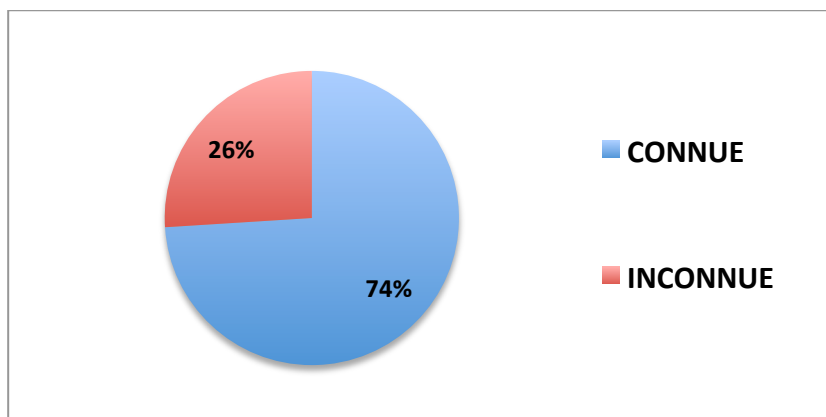


Figure 17 : Répartition des médecins en fonction de la connaissance de la notion de diagnostic éducatif

6.2.2. Réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en fonction de la connaissance de la notion de diagnostic éducatif

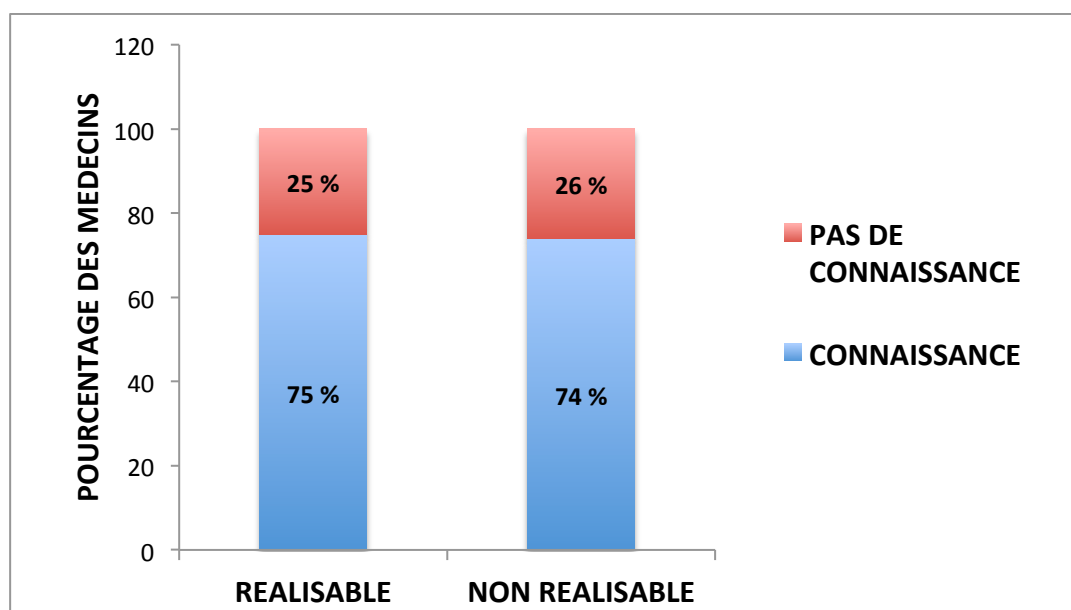


Figure 18 : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et de la connaissance de la notion de diagnostic éducatif

6.3. Bénéfice pour le médecin, du diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque

6.3.1. Répartition des médecins en fonction du bénéfice qui leur est apporté par le diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque

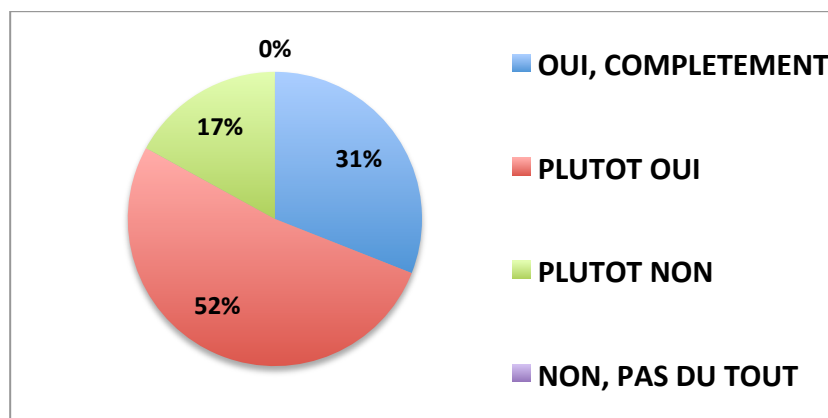


Figure 19 : Répartition des médecins en fonction du bénéfice qui leur est apporté par le diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque

6.3.2. Bénéfices apportés aux médecins par le diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque, dans les groupes « Oui, complètement » et « Plutôt oui »

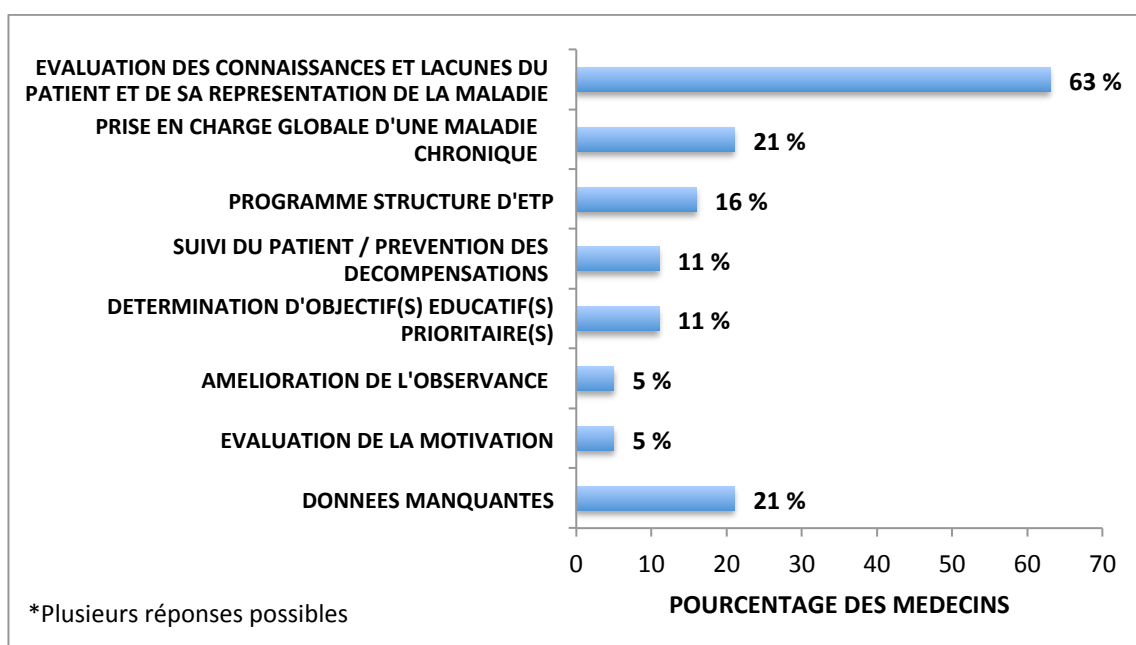


Figure 20 : Répartition des bénéfices apportés aux médecins par le diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque dans les groupes « Oui complètement » et « Plutôt oui »

6.3.3. *Causes d'absence de bénéfice apporté aux médecins par le diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque, dans les groupes « Non, pas du tout » et « Plutôt non »*

Les médecins considérant que le DE ambulatoire pour l'IC ne leur apportait pas de bénéfice, évoquaient les causes suivantes :

- La lourdeur des programmes d'ETP (25%),
- L'indisponibilité des médecins (25%),
- Un rôle dédié aux cardiologues et non aux médecins généralistes (25%),
- Une subjectivité en fonction de l'état émotionnel (25%).

6.3.4. *Réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en fonction du bénéfice apporté aux médecins*

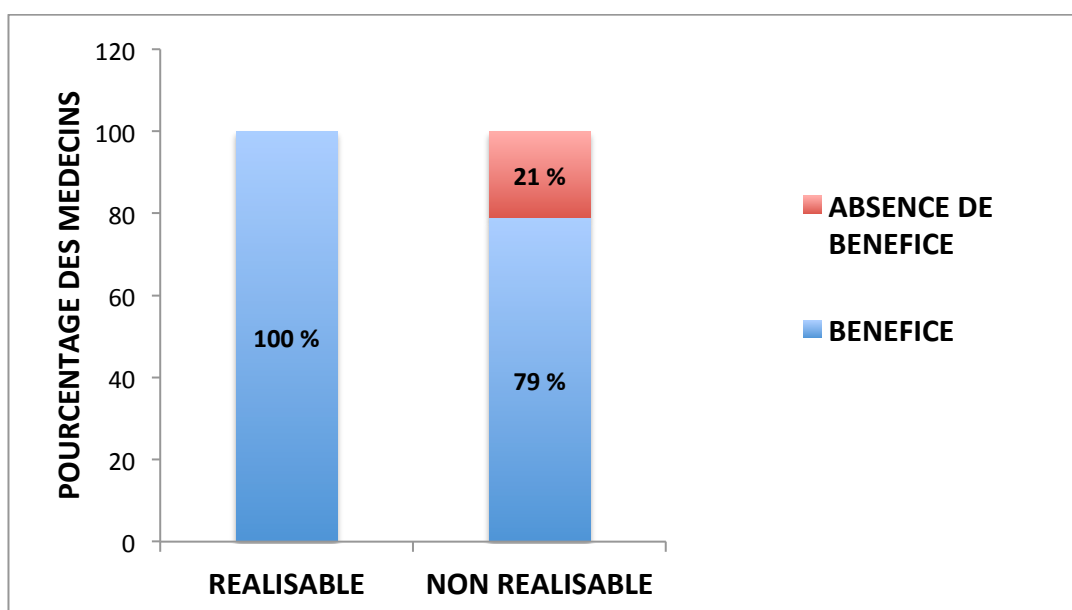


Figure 21 : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et du bénéfice que celui-ci apporte aux médecins

6.4. Bénéfice pour le patient, du diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque

6.4.1. Répartition des médecins en fonction du bénéfice apporté aux patients par le diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque

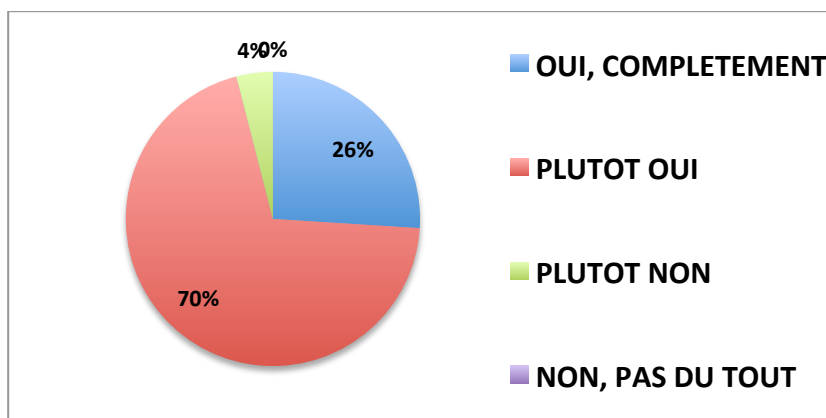


Figure 22 : Répartition des médecins en fonction du bénéfice apporté au patient par le diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque

6.4.2. Bénéfices apportés aux patients par le diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque, dans les groupes « Oui, complètement » et « Plutôt oui »

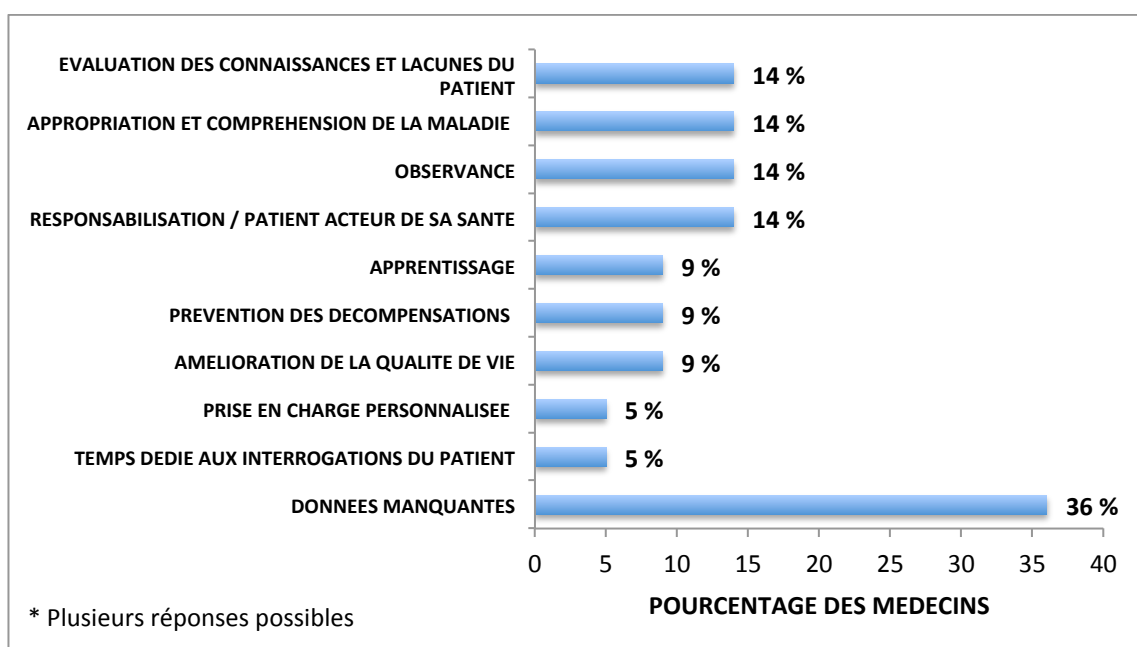


Figure 23 : Répartition des bénéfices apportés aux patients par le diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque dans les groupes « Oui complètement » et « Plutôt oui »

6.4.3. Causes d'absence de bénéfice apporté aux patients par le diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque, dans les groupes « Non, pas du tout » et « Plutôt non »

La cause évoquée d'absence de bénéfice apporté aux patients par le DE ambulatoire pour l'IC était la lourdeur des programmes d'ETP (100%).

6.4.4. Réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en fonction du bénéfice apporté aux patients

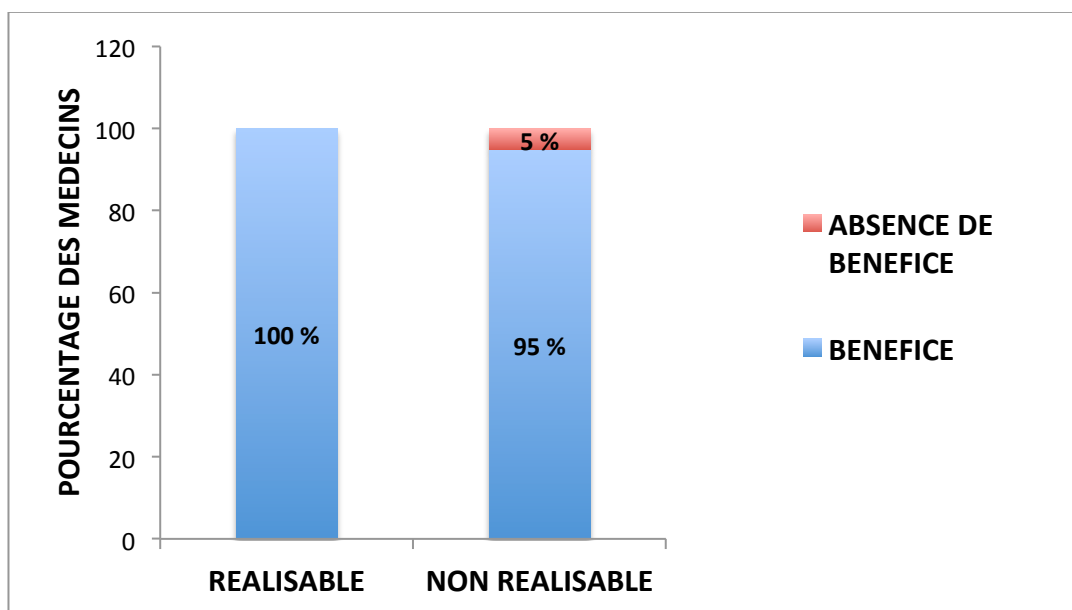


Figure 24 : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et du bénéfice que celui-ci apporte aux patients

6.5. Modification des pratiques professionnelles à la suite du diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque

6.5.1. Répartition des médecins en fonction de la modification des pratiques professionnelles par le diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque

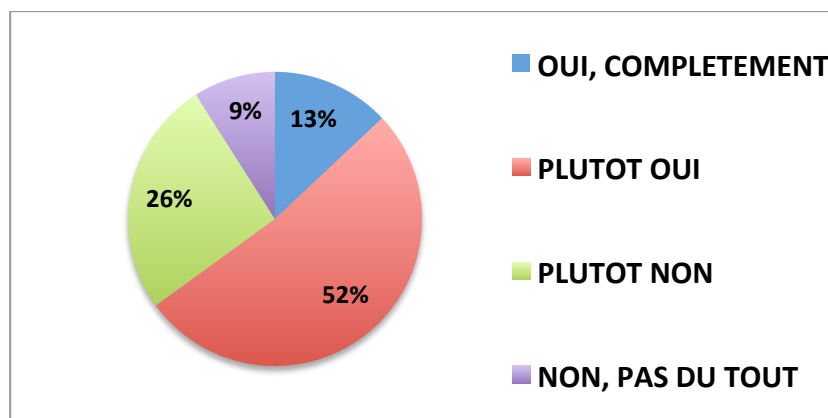


Figure 25 : Répartition des médecins en fonction de la modification des pratiques professionnelles par le diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque

6.5.2. Types de modifications des pratiques professionnelles des médecins dans les groupes « Oui, complètement » et « Plutôt oui »

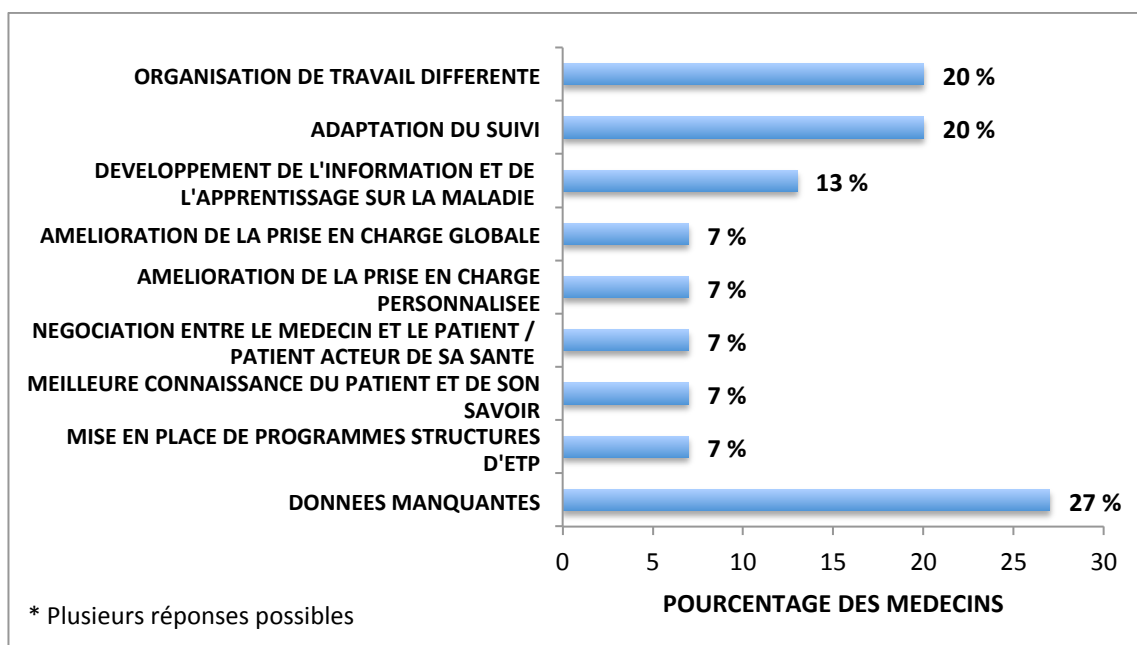


Figure 26 : Répartition des types de modifications des pratiques professionnelles des médecins dans les groupes « Oui, complètement » et « Plutôt oui »

6.5.3. Réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en fonction des modifications des pratiques professionnelles

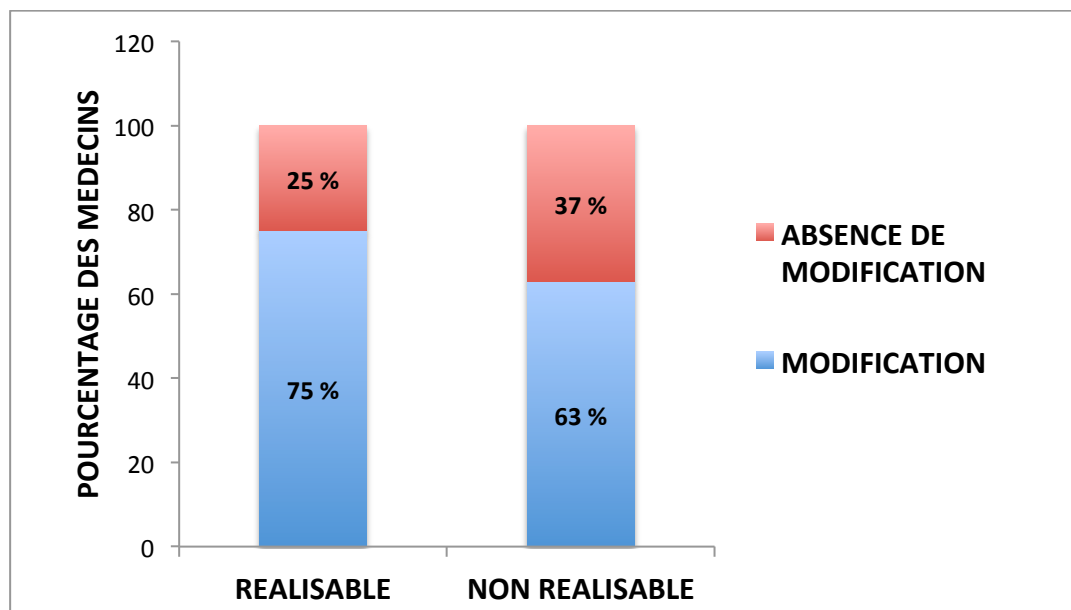


Figure 27 : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et des modifications des pratiques professionnelles par celui-ci

6.6. Freins à la réalisation du diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque

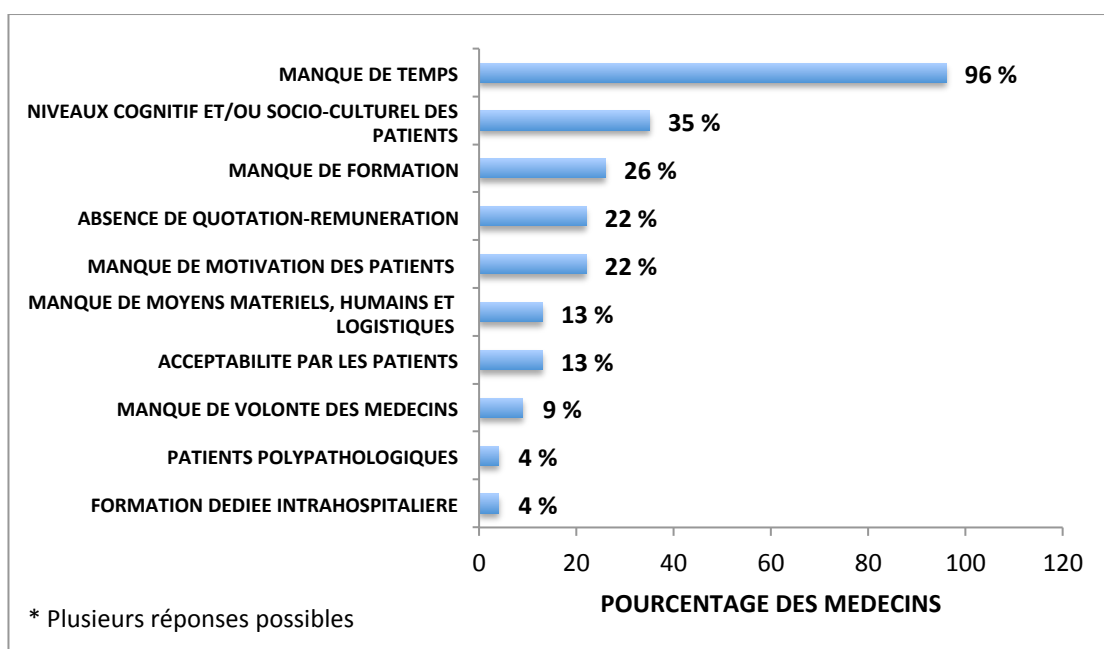


Figure 28 : Répartition des freins à la réalisation d'un diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque selon les médecins

6.7. Sensibilisation à l'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque

6.7.1. *Répartition des médecins en fonction de leur sensibilisation à l'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque*

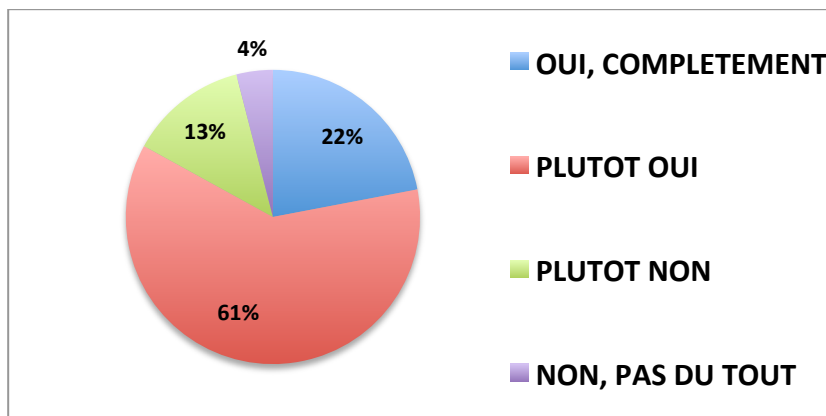


Figure 29 : Répartition des médecins en fonction de leur sensibilisation à l'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque

6.7.2. *Intérêt en l'absence de sensibilisation*

Parmi les médecins des groupes «Non, pas du tout » et « Plutôt non », 50% avaient l'intention de s'intéresser à l'ETP pour l'IC, 25% n'avaient pas l'intention de s'y intéresser et 25% n'ont pas répondu à la question.

6.7.3. Réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en fonction de la sensibilisation à l'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque

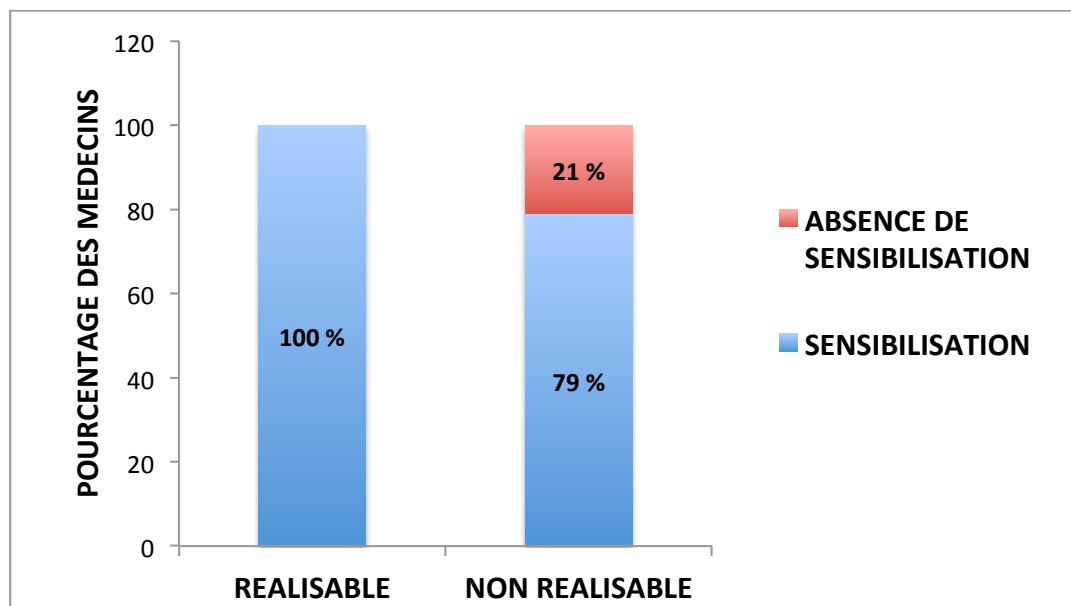


Figure 30 : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et de la sensibilisation à l'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque

6.8. Participation à l'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque

6.8.1. Répartition des médecins en fonction de leur participation à l'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque

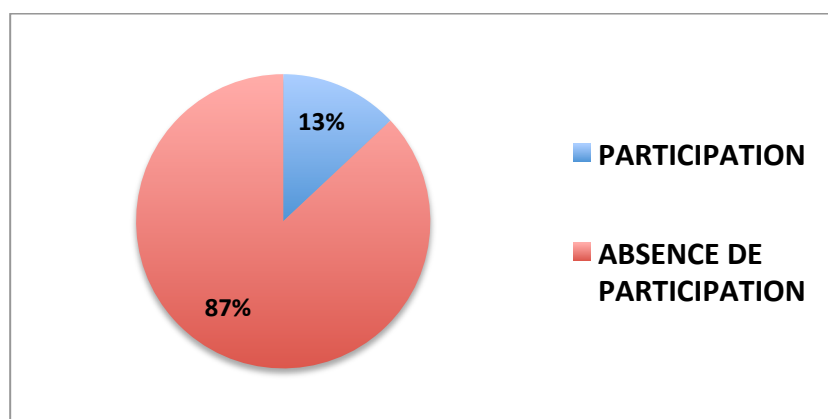


Figure 31 : Répartition des médecins en fonction de leur participation à l'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque

6.8.2. Réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en fonction de la participation à l'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque

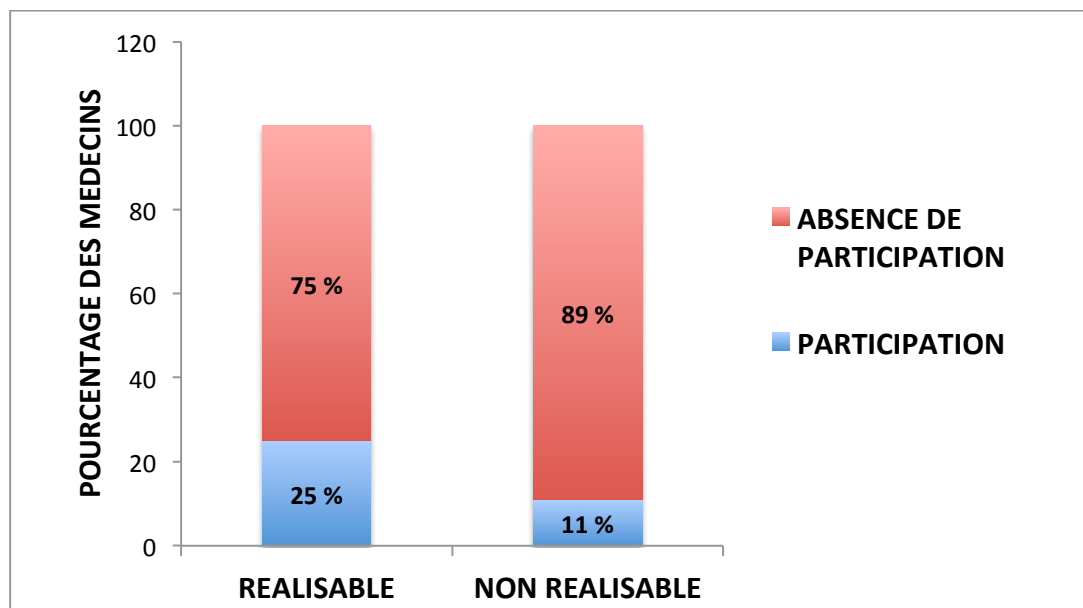


Figure 32 : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et de la participation à l'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque

6.9. Orientation des patients vers des structures d'éducation thérapeutique du patient

6.9.1. Répartition des médecins en fonction de l'orientation des patients vers des structures d'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque

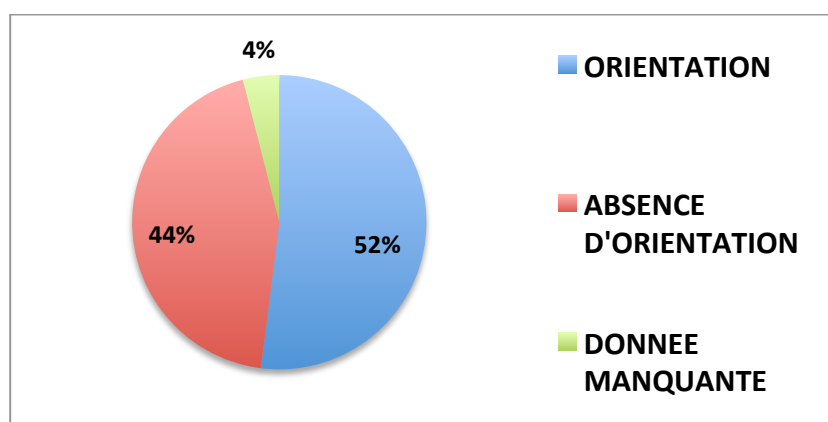


Figure 33 : Répartition des médecins en fonction de l'orientation des patients vers des structures d'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque

6.9.2. Réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en fonction de l'orientation vers des structures d'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque

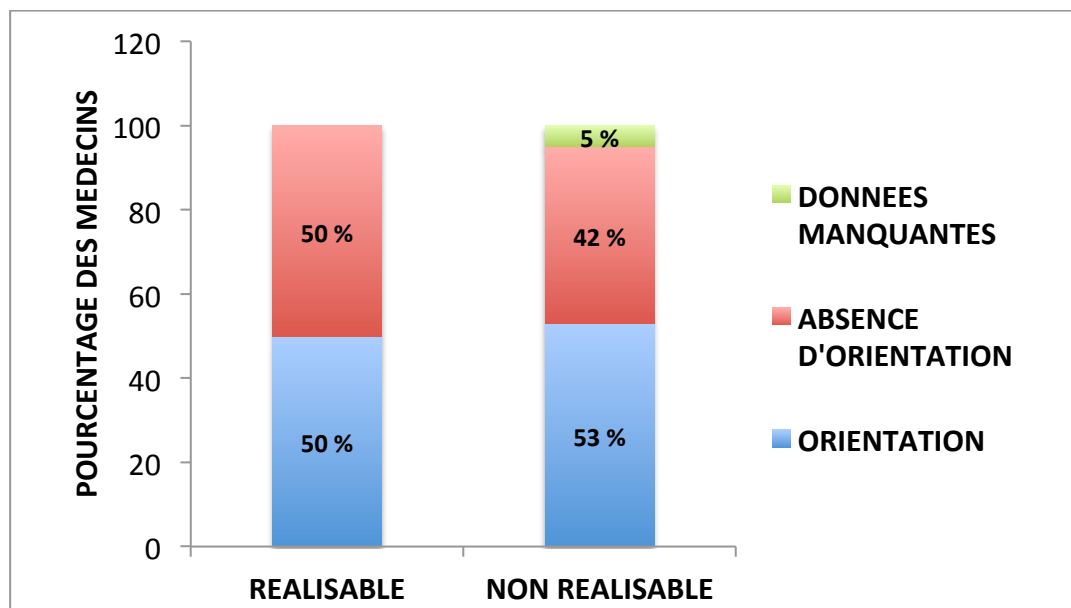


Figure 34 : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et de l'orientation vers des structures d'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque

6.10. Intervention du médecin généraliste du patient dans le diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque

6.10.1. Répartition des médecins en fonction de l'intervention du médecin généraliste dans le diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque

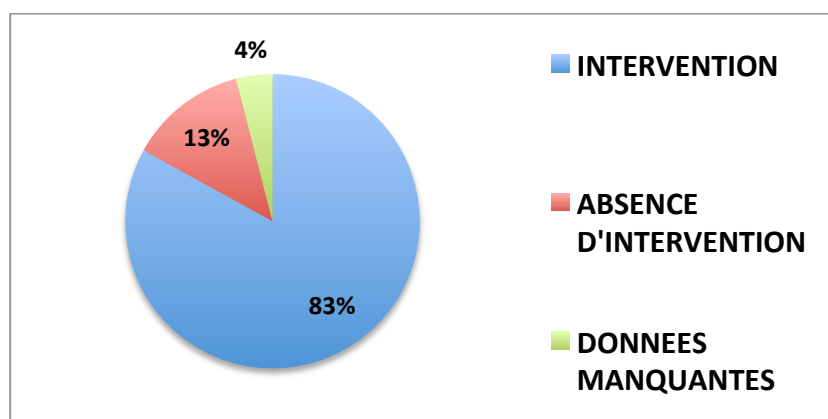


Figure 35 : Répartition des médecins en fonction de l'intervention du médecin généraliste dans le diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque

6.10.2. Arguments justifiant l'intervention du médecin généraliste dans le diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque

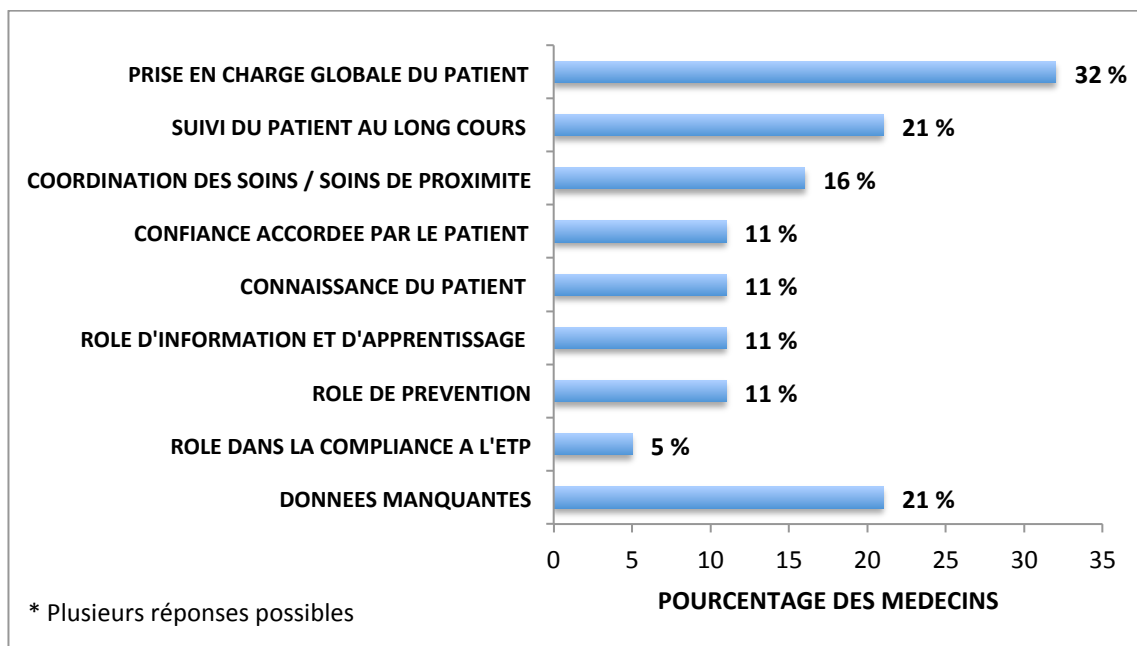


Figure 36 : Répartition des arguments justifiant l'intervention du médecin généraliste dans le diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque

6.10.3. Arguments justifiant l'absence d'intervention du médecin généraliste dans le diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque

Les médecins considérant que le médecin généraliste ne devait pas intervenir dans le DE pour l'IC, s'appuyaient sur les arguments suivants :

- Une sensibilisation plus importante d'une hospitalisation pour la réalisation du DE pour l'IC (33%),
- Une objectivité supérieure d'un intervenant extérieur (33%),
- Un rôle dédié aux cardiologues (33%).

6.10.4. Réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en fonction de l'intervention du médecin généraliste

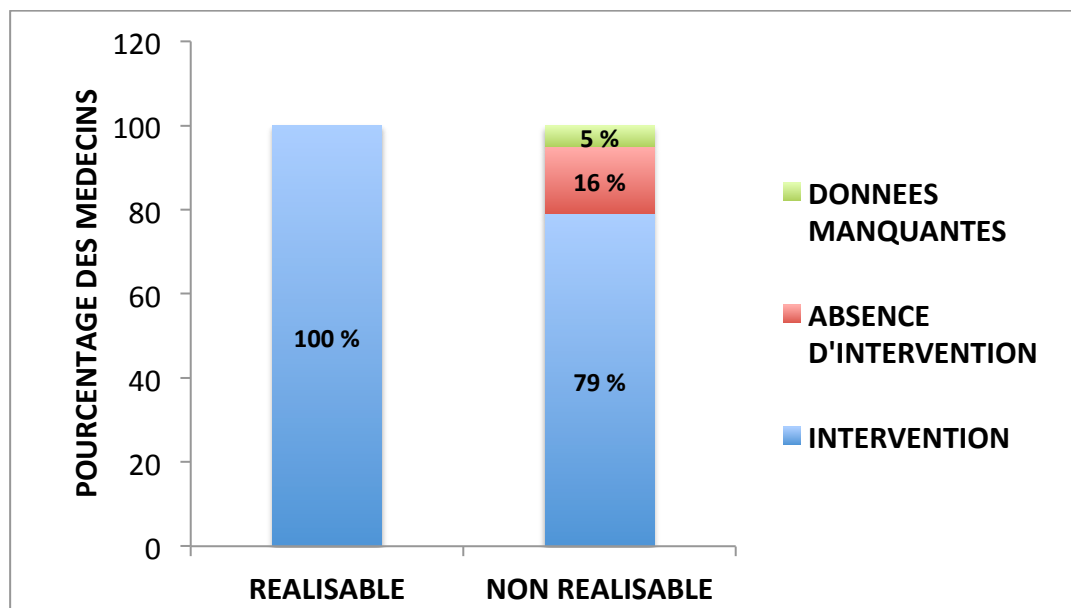


Figure 37 : Répartition des médecins en fonction de la réalisation du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale et de l'intervention du médecin généraliste

6.11. Formation dédiée à la réalisation d'un diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque

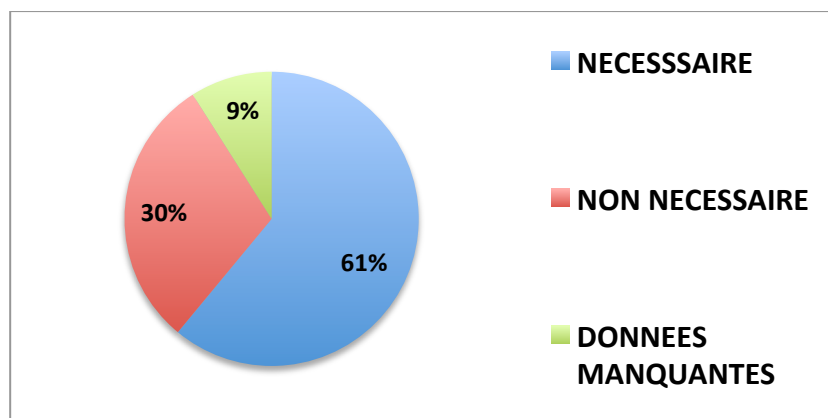


Figure 38 : Répartition des médecins en fonction de la nécessité d'une formation dédiée à la réalisation d'un diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque

6.12. Rémunération spécifique pour la réalisation d'un diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque

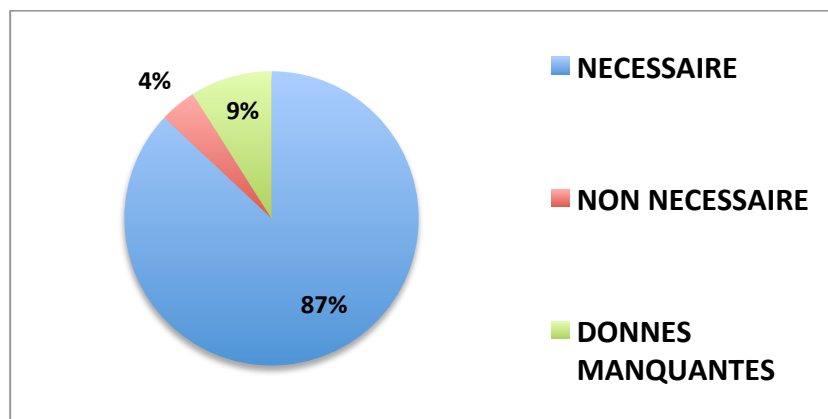


Figure 39 : Répartition des médecins en fonction de la nécessité d'une rémunération spécifique pour la réalisation d'un diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque

IV.DISCUSSION

Dans une première partie, nous avons présenté les principaux résultats de notre étude. Nous les avons interprétés, nous avons suggéré des moyens et émis des hypothèses. Nous les avons comparés aux quelques données de la littérature.

Dans une seconde partie, nous avons décrit les forces et faiblesses de notre étude.

1. Principaux résultats, interprétations et hypothèses, comparaison à la littérature

Notre étude est la première à étudier la faisabilité d'un DE pour l'IC en médecine générale. Le taux de participation de 23% est deux fois supérieur à celui obtenu dans ce type d'étude et comparable à celui de l'ORMIP dans l'enquête de juin 2010 sur la pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées (2).

1.1. Faisabilité du diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque

Le DE ambulatoire pour l'IC n'était pas réalisable en consultation de médecine générale pour 83% (n=19) des médecins l'ayant testé.

Nous avons décrit les principaux freins à la réalisation d'un tel DE puis les facteurs favorisant son développement.

1.2. Freins à la réalisation du diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque

Les différents freins ont été exposés par ordre d'importance décroissante selon qu'ils étaient relatifs aux médecins, aux patients ou aux questionnaires.

1.2.1. *Freins relatifs aux médecins généralistes et à leurs exercices professionnels*

IV.1.2.1.1. Le manque de temps

Le manque de temps apparaissait comme le plus grand frein à la réalisation du DE ambulatoire pour l'IC pour 96% des médecins. Dans son enquête de juin 2010, l'ORMIP retrouvait des chiffres inférieurs (88%) pour l'ensemble des maladies chroniques (2).

Le temps nécessaire à la réalisation du DE pour l'IC était trop long pour 74% des médecins (dans les groupes réalisable et non réalisable respectivement à 50 et 79%). Les médecins considérant les méthodes de recueil des connaissances du patient « non adaptées », et ceux

considérant les méthodes d'évaluation des connaissances et de la motivation du patient « non adaptées », justifiaient leurs propos respectivement à 25 et 10% par la longueur du questionnaire.

La réalisation du DE pour l'IC a contraint les médecins à modifier l'organisation de leur journée de travail à 96%, pour des consultations ou visites dédiées (83%) de durée supérieure (64%).

Le DE répond à de précises recommandations de l'HAS (16). Sa réalisation nécessite du temps. Il semble difficile de réduire le contenu de ce DE afin qu'il soit moins chronophage, sans perdre en qualité de prise en charge médicale. De plus, la majorité des médecins recrutés affirment que sa pertinence et sa forme sont adaptées. L'exercice actuel de la médecine générale est inadapté à la réalisation non anticipée d'un tel DE. La mise en place de consultations et/ou visites dédiées d'une durée supérieure à une consultation classique est indispensable. En effet, la durée moyenne d'une consultation de médecine générale varie entre 15 et 20 minutes selon les médecins, alors que la réalisation du DE pour l'IC nécessite entre 30 et 60 minutes (selon les données recueillies dans la page de commentaires libres), soit l'équivalent en temps de 2, 3 voire quatre consultations en fonction des médecins. Il est impossible de définir une durée « idéale » de réalisation d'un tel DE, celle-ci varie en effet, en fonction des médecins, des patients et du contexte. De plus, la réévaluation du DE lors de consultations ultérieures notamment en cas d'événements nouveaux, est indispensable. Une réorganisation globale de l'exercice professionnel des médecins généralistes est ainsi nécessaire à l'intégration du DE pour l'IC. N'est-il pas pertinent d'accorder initialement au DE le temps nécessaire à une réalisation de qualité, temps qui sera dans les suites épargné, avec une patientèle éduquée présentant de moindres complications de l'IC ?

Un étalement du DE sur plusieurs consultations rapprochées de médecine générale pourrait être envisagé et faire l'objet d'un travail ultérieur. Dans la mesure où la réalisation du DE pour l'IC ne peut être effectuée par le médecin généraliste, cette tâche pourrait être déléguée à d'autres professionnels de santé libéraux comme par exemple les infirmières diplômées d'état. Un autre projet pourrait être d'avoir recours à de nouveaux outils comme internet, afin de pallier au manque de temps.

IV.1.2.1.2. Le manque de formation

Le manque de formation des médecins généralistes apparaissait comme un frein à la réalisation du DE ambulatoire pour l'IC pour 26% des médecins.

74% des médecins n'étaient pas formés à l'ETP pour l'IC. Dans son enquête de juin 2010, l'ORSMIP retrouvait des chiffres similaires (76%) pour l'ensemble des maladies chroniques (2).

61% des médecins considéraient qu'une formation dédiée était nécessaire à la réalisation d'un DE pour l'IC.

La réalisation du DE ambulatoire pour l'IC est plus difficile pour un médecin non formé à l'ETP. En effet, le recueil des connaissances et lacunes du patient, l'appréhension de la représentation de la maladie aux yeux du patient, l'évaluation des connaissances et de la motivation du patient, la détermination d'un ou des objectif(s) éducatif(s) prioritaire(s), l'évaluation des besoins et attentes du patient nécessite l'intervention d'un professionnel de santé expérimenté, sous peine d'une perte de qualité de la prise en charge médicale pour le patient comme pour le médecin. A titre d'exemple dans notre étude, le manque de formation était incriminé à 17% dans l'impossibilité de déterminer un objectif éducatif prioritaire. De plus, un professionnel de santé formé gagnera du temps lors de la réalisation du DE, il sera plus persuasif auprès des patients développant ainsi sur leurs motivations, et saura adapter à chaque patient, le questionnaire du DE de manière personnalisée. Les médecins généralistes, à ce jour trop peu formés à l'ETP pour l'IC, ont conscience de la nécessité d'une formation dédiée ; ils doivent donc se former. L'accent doit être porté, au delà de la formation médicale continue (FMC) sur la formation initiale en intégrant la discipline d'ETP et son propre langage à la « culture médicale » dès le commencement des études de médecine.

Le décret de 2 août 2010 intégré à la loi HPST du Code de la Santé Publique (15) encadrant les pratiques d'ETP, exige une formation requise en ETP : « L'acquisition des compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient requiert une formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignements théoriques et pratiques, pouvant être sanctionnée notamment par un certificat ou un diplôme ».

La formation initiale de médecine générale destinée aux internes a récemment introduit dans son programme pédagogique un item sur l'ETP. Des projets d'intégration d'une formation en ETP au cours du deuxième cycle des études médicales avec une validation lors de l'Examen Classant National (ECN), ainsi que le développement de stages dans des services, des réseaux, des associations ou chez des professionnels de santé pratiquant l'ETP sont en cours de réflexion (33).

Les FMC existent déjà et se développent à travers un diplôme universitaire (DU), des séminaires et congrès, des soirées. Le développement professionnel continu (DPC) intègre à la fois des activités d'acquisition ou de perfectionnement des connaissances et des activités d'analyse des pratiques professionnelles (38).

En France, il existe à ce jour, deux niveaux de formation en ETP (39) :

- le premier niveau permet de former des professionnels de santé afin qu'ils puissent faire de l'ETP dans leur activité quotidienne auprès de leurs patients atteints de maladies chroniques (financé en majeure partie par le Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV)),

- le deuxième niveau, correspondant à un DU en ETP, permet de former des professionnels de santé afin qu'ils puissent coordonner, initier, évaluer des programmes au sein de leurs structures.

Certains suggèrent que la réalisation d'un DE pour l'IC requiert une formation spécifique de cardiologie, ce qui paraît discutable (32).

Un travail ultérieur pourrait être réalisé afin d'identifier les freins à la formation en terme d'ETP. Est-ce le manque de temps, de financement, d'intérêt, de volonté ?

IV.1.2.1.3. L'absence de cotation et rémunération

L'absence de cotation et de rémunération apparaissait comme un frein à la réalisation du DE ambulatoire pour l'IC pour 22% des médecins. Dans son enquête de juin 2010, l'ORSMIP retrouvait des chiffres supérieurs (50%) pour l'ensemble des maladies chroniques (2).

87% des médecins considéraient que la réalisation d'un DE ambulatoire devait être spécifiquement rémunérée.

Comme nous l'avons justifié ci-dessus dans le titre « IV.1.2.1.1 Le manque de temps », la réalisation du DE ambulatoire pour l'IC, comme tout DE, nécessite du temps. Même s'il est convaincu des bénéfices apportés par un tel DE et motivé par sa réalisation, un médecin généraliste ne peut se permettre de passer en moyenne 30 à 60 minutes avec un patient (selon les données recueillies dans la plage de commentaires libres), soit l'équivalent de 2, 3 voire 4 consultations de médecine générale, sans être rémunéré au prorata. Les médecins généralistes doivent être rémunérés pour le chronophage travail d'ETP qu'ils effectuent. De plus, ces nouvelles actions de santé intégrant le médecin généraliste, trouvent en une rémunération spécifique une valorisation qu'elles méritent.

Il n'existe pas, à ce jour, de financement spécifique de l'activité d'ETP en médecine libérale (35).

Cependant, ils existent des rémunérations particulières :

- à certaines maisons de santé pluridisciplinaires (module 2 de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunérations des professionnels de santé : formation des professionnels/aide à la structuration initiale/forfait par programme et par patient) (40),
- aux réseaux (dans le cadre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR)),
- à la MSA (rémunération du médecin traitant pour la réalisation d'un DE et budget forfaitaire « prévention » pour les séances éducatives).

Le rapport d'experts présenté en septembre 2008, à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative (13) stipule en ce qui concerne l'ETP réalisée en ambulatoire :

- « Le financement des activités et des programmes d'éducation thérapeutique du patient devra être assuré d'une part sur une tarification spécifique, et d'autre part sur un fond national clairement identifié et réparti au niveau régional sur les agences régionales de santé.
- Pour les programmes labellisés, deux options peuvent être proposées : une rémunération par séance et par patient ou une rémunération forfaitaire par programme et par patient.
- Pour ce qui concerne les activités médicales conduisant au diagnostic éducatif et au suivi du programme d'ETP, activités auxquelles devrait participer le médecin traitant, il est impératif que la classification des actes cliniques (C.C.A.M.) en cours d'élaboration, puisse les valoriser ».

Un autre projet s'oriente vers la valorisation de l'ETP à travers l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins.

IV.1.2.1.4. Le manque de moyens matériels, humains et logistiques

Le manque de moyens matériels, humains et logistiques apparaissait comme un frein à la réalisation du DE ambulatoire pour l'IC pour 13% des médecins. Dans son enquête de juin 2010, l'ORSMIP retrouvait des chiffres supérieurs (37%) pour l'ensemble des maladies chroniques (2).

Nous comprenons aisément qu'un médecin généraliste exerçant en cabinet puisse se sentir en partie démuné de moyens matériels lors de la réalisation d'un DE ambulatoire pour l'IC. Dans notre étude, le DE « prêt à l'emploi » était remis au médecin mais en pratique, la création de celui-ci, intégré à un programme d'ETP prend du temps et doit répondre à certaines règles. De plus, sa réalisation peut utiliser différents supports (papier, informatique, audio-visuel) et outils (schémas, images, fiches, brochures, livrets, lexiques de termes médicaux) nécessitant un investissement de la part du médecin.

De la même manière, le médecin peut se sentir démuné par manque de moyens humains. En effet, un tel DE peut être réalisé par le seul médecin généraliste mais aussi par le médecin généraliste soutenu par d'autres professionnels de santé ambulatoires (IDE, diététiciennes, kinésithérapeutes, psychologues, pharmaciens). Le médecin généraliste peut également avoir recours à d'autres professionnels de santé pour la suite du programme d'ETP et/ou lors de certains événements cliniques intercurrents.

Enfin, le médecin peut se sentir isolé sur un plan logistique. Un tel DE doit se dérouler dans un endroit calme, permettant un entretien individuel de qualité entre le médecin et le patient. Il est logique de penser que le cabinet médical est un endroit de prédilection en médecine générale mais le domicile du patient peut être une alternative pour les patients âgées et/ou aux déplacements difficiles. Le médecin généraliste peut avoir recours à

d'autres structures d'ETP pour la suite du programme d'ETP et/ou lors de certains événements cliniques intercurrents.

Les programmes d'ETP proposant un DE sont variés et propres à chaque pathologie chronique. Néanmoins, ils doivent répondre à certaines règles en terme de contenu du DE, résumées par les simples questions suivantes (17) :

- Quelle est la pathologie du patient ?
- Qui est-il ?
- De quoi se plaint-il ?
- Que vit-il ?
- Que sait-il et que croit-il ?
- Que ressent-il ?
- Que fait-il et que peut-il faire ?
- Dans quel environnement vit-il ?
- Quels sont ses projets ?

L'utilisation d'un guide d'entretien adjoint à un « plan d'enseignement guide multi-professionnel » (document unique pour tous les professionnels de santé impliqués) est conseillée afin de faciliter le recueil et la transmission des informations (32). Le DE ne connaît pas de restriction particulière quant aux supports et outils utiles à sa réalisation. Ces derniers sont à choisir avec soin dans un objectif d'ETP de qualité.

Les médecins généralistes peuvent avoir recours en Midi-Pyrénées à une cellule d'Évaluation et Accompagnement en Éducation Thérapeutique (EVACET), financée par l'ARS. Ils peuvent ainsi bénéficier d'un accompagnement pour la conception et la mise en œuvre d'un DE, d'un programme, son adaptation ou son évaluation (41).

Le développement de l'ETP a conduit les professionnels de santé et le monde associatif à mettre en place différents types de structures selon les logiques du moment. La grande majorité des régions françaises possèdent des ressources, bien trop souvent méconnues en particuliers des médecins généralistes. Celles-ci doivent être mises en lien et soutenues dans leurs financements afin de réaliser un maillage du territoire. D'autres régions nécessitent de nouvelles créations afin de renforcer l'accessibilité aux patients.

Le tableau ci-dessous résume les correspondances possibles entre le type de prise en charge éducative et les lieux-ressources, selon la situation du patient (pour toutes pathologies chroniques confondues) (35).

Tableau 3 : Exemples de correspondance entre le type de prise en charge éducative et les lieux-ressources, selon la situation du patient (35)

<i>Situation du patient</i>	<i>Réponse ou type d'éducation</i>	<i>Ressources humaines et structures</i>
Découverte de la maladie	Sensibilisation Éducation initiale	Médecin traitant
Phase subaiguë de la maladie	Éducation de renforcement précoce de l'éducation initiale Reprise des objectifs prioritaires (de type sécuritaire) initiés en court séjour hospitalier puis élargissement à d'autres objectifs éducatifs	Service hospitalier – court séjour – hospitalisation à domicile Équipe pluri professionnelle
Stabilisation	Renforcement (consolidation) portant sur des aspects en rapport avec les diverses compétences déjà acquises	Médecin traitant et autres professionnels de santé du secteur ambulatoire : infirmière, diététicienne...
Incident mineur Modification des projets de vie, des conditions de vie	Éducation de renforcement : apprentissage à de nouvelles compétences en rapport avec les changements de situation	Centre de santé / Maison médicale/ Consultation hospitalière Réseau de santé Ateliers éducatifs de la MSA Écoles de l'asthme, AJD
Déséquilibre Incident majeur Aggravation de la situation Changement important du traitement	Éducation de reprise avec nouvelle évaluation globale. Suivi rapproché pour un nouvel apprentissage	Service Hospitalier (court séjour, en HDJ, HDS) Structures de soins de suite et de réadaptation (moyen séjour) Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé (moyen séjour) Hospitalisation à domicile

En Midi-Pyrénées, l'association APETCARDIOMIP travaille depuis 2003, sur la promotion et le développement de l'ETP ainsi que le réentrainement à l'effort des patients insuffisants cardiaques. L'association EFFORMIP, en partenariat avec l'ARS lutte depuis 2004, par les Activités Physiques et Sportives (APS) contre la sédentarité des patients atteints de pathologies chroniques. Au niveau national, l'Assurance Maladie a récemment mis en place un service d'accompagnement personnalisé pour les malades chroniques SOPHIA. Dans un premier temps, celui-ci est destiné aux personnes diabétiques, prises en charge dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD). Il est actuellement testé chez des patients asthmatiques, et est voué à s'étendre à d'autres pathologies chroniques.

En 2007, l'HAS publie des recommandations portant sur l'élaboration d'un programme d'ETP spécifique d'une maladie chronique et ainsi applicable à l'IC (23). Le décret 2010-904 du 2 août 2010 intégré à la loi HPST du Code de la Santé Publique (15) rend obligatoire l'accréditation de toute action d'ETP par les ARS. La SFC propose une charte d'engagement des acteurs des programmes d'ETP pour l'IC, incluant notamment le recueil du consentement du patient (32).

Seuls 13% des médecins avaient déjà participé à des séances d'ETP pour l'IC (dans les groupes réalisables et non réalisables respectivement à 25 et 11%). 52% d'entre eux avaient déjà orienté leurs patients vers des structures d'ETP pour l'IC (dans les groupes réalisables et non réalisables respectivement à 50 et 53%).

Même si les médecins recrutés sont sensibilisés à l'ETP pour l'IC et qu'ils reconnaissent les bénéfices du DE, ils sont minoritaires à prendre part à des séances d'ETP pour les principales raisons que nous sommes en train de décrire. Malgré cela, ils ne sont que 52% à adresser leurs patients vers des structures d'ETP. Nous en concluons que, si les médecins ne réalisent pas eux même l'ETP et qu'ils n'adressent pas leurs patients vers des structures d'ETP, les patients n'en bénéficient pas. La lourde conséquence de ce constat est une perte de chance pour le patient en terme de morbi-mortalité. Nous constatons ainsi, que les pratiques professionnelles des médecins recrutés s'éloignent en ce sens, des recommandations actuelles intégrant l'ETP à la prise en charge de l'IC chronique (4, 12, 16, 23). Ces dernières doivent être connues et appliquées par les médecins. De plus, chaque médecin doit connaître les structures d'ETP qui l'entourent dans un objectif de coordination des soins et de médecine de proximité.

Un travail ultérieur pourrait être mené afin de recueillir les connaissances des médecins généralistes sur les structures régionales de proximité d'ETP pour l'IC.

IV.1.2.1.5. Le manque de volonté des médecins

Le manque de volonté des médecins apparaissait comme un frein à la réalisation du DE ambulatoire pour l'IC pour 9% des médecins.

La volonté des médecins leur appartient et résulte de convictions personnelles. Elle doit se développer à travers une sensibilisation, une information et une formation en terme d'ETP pour l'IC.

IV.1.2.1.6. Les formations dédiées intra-hospitalières

L'existence de formations dédiées à l'ETP pour l'IC en intra-hospitalier apparaissait comme un frein à la réalisation du DE ambulatoire pour l'IC pour 4% des médecins.

Les médecins considérant qu'un tel DE ne leur apportait pas de bénéfice, et ceux considérant que le DE ne devait pas faire intervenir le médecin généraliste, pensaient respectivement à 25 et 33% que la réalisation du DE devait revenir aux cardiologues. De plus, les médecins considérant que le DE ne devait pas faire intervenir le médecin généraliste, avançaient à 33% qu'un intervenant extérieur était porteur d'une objectivité supérieure, et à 33% que la sensibilisation du patient était supérieure en intra-hospitalier.

De tels avis se justifient et appartiennent à chacun. Mais, à ce jour, le constat en terme d'ETP fait état d'une demande supérieure à l'offre que peuvent fournir les structures hospitalières. De plus, le rôle du médecin généraliste apparaît comme central, notamment dans la réalisation du DE. Les formations intra-hospitalières doivent être reconnues non pas comme un frein mais comme une force à la réalisation du DE ambulatoire pour l'IC. L'objectif recherché est une coordination des soins entre les ressources ambulatoires et hospitalières dans un objectif d'ETP de proximité et de qualité (35, tableau 3).

1.2.2. *Freins relatifs aux patients*

IV.1.2.2.1. Les niveaux cognitif et socio-culturel des patients

Les niveaux cognitif et socio-culturel des patients apparaissent comme un frein à la réalisation du DE ambulatoire pour l'IC pour 35% des médecins.

Les niveaux cognitif et socio-culturel des patients étaient une des justifications citées par les médecins recrutés considérant les méthodes de recueil des connaissances du patient comme « non adaptées » à 25%, ceux considérant les méthodes d'évaluation des connaissances et de la motivation du patient comme « non adaptées » à 10%, ceux considérant la détermination d'un objectif éducatif prioritaire comme « impossible » à 17%, et ceux considérant la clarté et la pertinence des questions posées comme « non adaptées » à 75%.

Malgré une volonté de prise en charge personnalisée à chaque patient, le DE ambulatoire pour l'IC ne peut être réalisé en pratique, chez tous les patients. En effet, il n'aurait aucun d'intérêt thérapeutique chez certains d'entre eux. Son indication doit être évaluée au cas par cas.

Les principales limites à la réalisation d'un tel DE sont d'ordre :

- cognitif (patients âgés avec des troubles cognitivo-mnésiques, démence de type Alzheimer ou autres démences, retard mental),
- déficitaire (surdité, c civit , handicap moteur lourd),
- organique (pathologie grave),
- psychiatrique (dépression, troubles anxieux, addictions).

Les niveaux sociaux et culturels constituent un obstacle à la réalisation d'un tel DE à travers :

- des croyances religieuses et éthiques,
- des représentations culturelles,
- des difficultés de compréhension de la langue (nécessité d'interprètes), des difficultés de lecture.

Les programmes d'ETP et notamment le DE, peuvent être dans une certaine mesure, adaptés à ces patients.

En effet, l'HAS insiste sur le fait que « Les difficultés d'apprentissage (lecture, compréhension de la langue, handicap sensoriel, mental, troubles cognitifs, dyslexie, etc.), le statut socio-économique, le niveau culturel et d'éducation et le lieu de vie ne doivent pas

priver a priori les patients d'une ETP » et elle suggère que « Ces particularités doivent être prises en compte pour adapter le programme d'ETP en terme d'accessibilité géographique, culturelle, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, de choix des techniques et outils pédagogiques les plus adaptés aux publics concernés » (12).

IV.1.2.2.2. Le manque de motivation des patients

Le manque de motivation des patients apparaissait comme un frein à la réalisation du DE ambulatoire pour l'IC pour 22% des médecins. Dans son enquête de juin 2010, l'ORMIP retrouvait des chiffres supérieurs (70%) pour l'ensemble des maladies chroniques (2).

Le manque de motivation des patients était l'une des causes responsables d'une impossibilité de déterminer un objectif éducatif prioritaire pour 33% des médecins.

La réalisation d'un DE ambulatoire pour l'IC n'est possible et efficace qu'en présence d'un investissement personnel du patient. Notre DE, comme tout DE, comporte un temps dédié à l'évaluation de la motivation du patient à améliorer ses connaissances et à agir sur sa pathologie et sa prise en charge. Les stades de Prochaska (42), présentés dans le tableau ci-dessous, peuvent ainsi être utilisés lors de la synthèse du DE, afin d'aider à la détermination d'objectifs éducatifs prioritaires. Ils sont utiles à l'évaluation et au suivi à long terme de la motivation et de l'aptitude au changement du patient, afin d'adapter au mieux la prise en charge éducative à ses besoins et ses attentes.

Tableau 4 : Stades de Prochaska (42)

Stades de motivation Prochaska	Comportement
Pré-contemplation	Le patient n'envisage pas de changer. Il ne se sent pas concerné par le problème actuel.
Contemplation	Le patient a conscience du problème et l'intention de s'en occuper. Il pèse les avantages et les inconvénients de sa pathologie.
Préparation	Le patient a décidé de s'occuper de son problème. Il expérimente de petits changements mais n'est toujours pas actif.
Action	Le patient devient actif dans sa prise en charge. Il change son comportement.
Maintien	Le patient intègre son nouveau comportement dans la vie quotidienne. Il maintient le changement, a une ancienneté dans sa démarche.
Rechute	La rechute n'est pas un échec, elle fait partie intégrante du processus de changement du patient

IV.1.2.2.3. L'acceptabilité par les patients

L'acceptabilité du DE par les patients apparaissait comme un frein à la réalisation du DE ambulatoire pour l'IC pour 13% des médecins.

Paradoxalement, nous constatons que 100% des médecins affirmaient qu'un tel DE était bien accepté par les patients. Les médecins considérant que le DE ambulatoire pour l'IC ne leur apportait pas de bénéfice, et ceux considérant qu'il n'apportait pas de bénéfice au patient, justifiaient leurs propos respectivement à 25 et 100% par la lourdeur des programmes d'ETP.

Nous en déduisons que l'acceptabilité de notre DE par les patients est bonne. Cependant, une autre forme de DE et/ou des séances d'ETP ultérieures peuvent être moins bien acceptés chez certains patients.

Le contenu des séances d'ETP pour l'IC est effectivement dense mais doit répondre à de précises recommandations (3). La qualité des professionnels de santé intervenant dans l'ETP pour l'IC ainsi que l'utilisation de supports et d'outils variés permettent de la rendre plus ludique et acceptable.

IV.1.2.2.4. Les patients poly-pathologiques

Les patients poly-pathologiques apparaissaient comme un frein à la réalisation du DE ambulatoire pour l'IC pour 4% des médecins.

Les patients poly-pathologiques, porteurs de plusieurs pathologies chroniques relèvent d'une ETP spécifique nécessitant l'intervention de nombreux médecins spécialistes. Ils sont difficiles à prendre en charge en médecine générale et constitue une des limites de l'ETP en ambulatoire. Les structures les plus adaptées à ce type de patients sont certainement les UTEP, existant à ce jour, exclusivement en intra-hospitalier (25, 30).

1.2.3. *Freins relatifs au questionnaire*

Comme nous l'avons justifié ci-dessous dans le titre « IV.1.3.3 Facteurs favorisant la réalisation du diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque relatifs au questionnaire », la forme de notre questionnaire comporte peu de freins. Cependant, les médecins recrutés nous ont apporté plusieurs suggestions.

IV.1.2.3.1. Les méthodes de recueil des connaissances du patient

25% des médecins ayant trouvé les méthodes de recueil des connaissances du patient « non adaptées », signalaient une difficulté des patients à utiliser les échelles visuelles.

Afin de recueillir les connaissances du patient, nous avons utilisé dans notre DE, des échelles visuelles graduées (de 0 à 10 et de 0 à 20) sur les thèmes suivants :

- état de santé actuel,
- moral actuel,
- quantité de sel consommée par jour en gramme,
- condition physique.

Nous pensons effectivement que les patients peuvent ainsi aisément, rapidement et précisément se positionner quant aux différents items. De plus, les valeurs numériques ont l'avantage de pouvoir être comparées au fil du temps.

Une solution proposée pourrait être de maintenir les échelles visuelles et d'y associer un emplacement pour des commentaires libres pour les patients en difficulté.

IV.1.2.3.2. Les méthodes d'évaluation des connaissances et de la motivation du patient

40% des médecins ayant trouvé les méthodes d'évaluation des connaissances et de la motivation du patient « non adaptées », signalaient une subjectivité d'une évaluation par échelle visuelle. 30% d'entre eux préféreraient une autre méthode comme une question ouverte ou un score.

Afin d'évaluer les connaissances et la motivation du patient, nous avons utilisé dans notre DE, des échelles visuelles graduées (de 0 à 10) sur les thèmes suivants :

- la maladie chronique du patient,
- les signes spécifiques de l'IC,
- les facteurs déclenchants ou aggravants de l'IC,
- les éléments de suivi au long cours de l'IC,
- le traitement de l'IC,
- la diététique de l'IC,
- l'activité physique de l'IC.

Nous pensons effectivement que les médecins recrutés peuvent ainsi aisément, rapidement et précisément évaluer les connaissances et la motivation de leur patient au fil du DE. De plus, les valeurs numériques ont l'avantage de pouvoir être comparées au fil du temps. Une question ouverte perd en subjectivité mais gagne le plus souvent en longueur. Un score est plus subjectif et plus rapide.

Les stades de Prochaska (42, Tableau 4) pourraient être inclus au DE pour chaque item afin d'évaluer la motivation et l'aptitude au changement. De la même manière, un score simple pourrait être inclus afin d'évaluer les connaissances (Connaissances du patient sur le thème X : Très bonnes / Bonnes / Moyennes / Médiocres / Nulles).

10% des médecins recrutés ayant trouvé les méthodes d'évaluation des connaissances et de la motivation du patient « non adaptées », signalaient une difficulté d'évaluer le patient en sa présence.

Il peut en effet, y avoir un biais si le médecin sur ou sous estime son évaluation. Les raisons principales peuvent être une pression induite par la présence du patient, un sentiment de culpabilité envers le patient et/ou une remise en question si les connaissances du patient sont faibles.

Une solution proposée pourrait être de réaliser l'évaluation après le DE et en l'absence du patient. L'inconvénient majeur de cette proposition réside dans le fait que l'évaluation oriente la détermination du ou des objectif(s) éducatif(s) prioritaire(s) négocié(s) avec le patient.

IV.1.2.3.3. La détermination d'un objectif éducatif prioritaire

17% des médecins considérant la détermination d'un objectif éducatif prioritaire comme « impossible », signalaient une difficulté dans le ciblage des objectifs. 17% d'entre eux signalaient une divergence médecin/malade rendant le choix difficile.

La majorité des médecins recrutés ont déterminé non pas un, mais plusieurs objectifs éducatifs prioritaires pour leur patient. La détermination de ces derniers, parfois complexe est le fruit d'une négociation entre les objectifs éducatifs prioritaires pour le patient et ceux prioritaires pour l'équipe soignante. Chaque objectif éducatif prioritaire doit être simple, compréhensible et accepté par le patient. Il doit être réalisable dans la situation dans laquelle se trouve le patient (en fonction des ressources, des aides, de l'entourage, des limitations). La détermination d'objectifs éducatifs prioritaires nécessite ainsi l'intervention de professionnels de santé formés et en particulier du médecin généraliste.

L'outil PLANETIC (Annexe 5) pourrait être utilisé par le patient et le médecin afin de clarifier le ou les objectif(s) éducatif(s) prioritaire(s) ainsi que les moyens et les difficultés propres à chaque patient.

IV.1.2.3.4. La clarté et la pertinence des questions du diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque

50% des médecins considérant la clarté et la pertinence des questions posées comme « non adaptées », dénonçaient la complexité des questions et du vocabulaire employé.

Lors de la création de notre DE, nous avons pris soin, dans un souci de compréhension, d'utiliser un vocabulaire du « langage courant », accessible aux patients. De plus, les questions étaient simples et courtes. Ainsi, il paraît difficile d'intervenir sur ce point.

25% des médecins considérant la clarté et la pertinence des questions posées comme « non adaptées », dénonçaient l'impossibilité de participation des patients au DE lorsque leurs connaissances étaient trop faibles.

C'est justement le rôle du DE d'évaluer les connaissances des patients afin d'adapter une prise en charge ultérieure personnalisée.

1.3. Facteurs favorisant la réalisation du diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque

1.3.1. *Relatifs aux médecins et à leurs exercices professionnels*

IV.1.3.1.1. Sensibilisation à l'éducation thérapeutique du patient pour l'insuffisance cardiaque et connaissance de la notion de diagnostic éducatif

Les médecins étaient sensibilisés à l'ETP pour l'IC à 83% (dans les groupes réalisables et non réalisables respectivement à 100 et 79%). De plus, parmi les médecins non sensibilisés, 50% avaient l'intention de s'intéresser au DE ambulatoire pour l'IC. Les médecins connaissaient la notion de DE à 74% (dans les groupes réalisables et non réalisables respectivement à 75 et 74%).

Les médecins recrutés, même s'ils ne la pratiquent pas pour la plupart (87%) sont aujourd'hui largement sensibilisés à l'ETP pour l'IC. De plus, ils connaissent la notion de DE. Dans son enquête de juin 2010, l'ORSMIP estimait à 95% les médecins généralistes dont les représentations de l'ETP correspondaient à la définition de l'HAS (2). Ce constat est le résultat des campagnes d'information des médecins généralistes en terme d'ETP et des recommandations de l'HAS, de la SFC et de l'ESC (4, 12, 16, 23). Dans une certaine mesure, le DE proposé a pu être l'origine d'une première sensibilisation à l'ETP pour certains médecins, éventuellement source de réalisations ultérieures.

IV.1.3.1.2. Intervention du médecin généraliste dans le diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque

Les médecins généralistes considéraient à 83% qu'ils devaient intervenir dans la réalisation du DE ambulatoire pour l'IC (dans les groupes réalisable et non réalisable respectivement à 100 et 79%). C'était dans un objectif de prise en charge globale du patient que les médecins justifiaient leur place dans le DE. Ils insistaient sur leurs missions d'information, d'apprentissage, de suivi, de prévention destinées au patient. La connaissance de leurs patients ainsi que la confiance que leur accordaient ces derniers, étaient des arguments de choix et constituaient un atout majeur dans la compliance à l'ETP. Enfin, une volonté de coordination des soins et de soins de proximité se faisait sentir.

La prise de conscience par les médecins généralistes de leur rôle dans la réalisation du DE ambulatoire pour l'IC constitue un facteur favorisant sa diffusion ultérieure, en accord avec les recommandations (4, 12, 16, 23) et en particuliers avec le rapport du HCSP visant à intégrer l'ETP aux soins de premier recours et par l'intermédiaire du médecin généraliste (33).

IV.1.3.1.3. Bénéfices apportés aux médecins et patients par le diagnostic éducatif ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque et modification des pratiques professionnelles par celui-ci

Les médecins considéraient que le DE ambulatoire pour l'IC pouvait leur apporter un bénéfice à 83% (dans les groupes réalisables et non réalisables respectivement à 100 et 79%). Les bénéfices décrits concernaient le recueil par le médecin d'informations relatives au patient, portant sur la représentation de la maladie, l'observance, le suivi et la prévention des décompensations, la détermination d'objectifs éducatifs prioritaires, l'évaluation des connaissances et de la motivation du patient. Ils se rapportaient également à la prise en charge globale du patient et la structuration des programmes d'ETP. La détermination d'un objectif éducatif prioritaire était possible pour 74% des médecins (dans les groupes réalisable et non réalisable respectivement à 100 et 68%).

Les médecins estimaient à 65% qu'un tel DE pouvait être à l'origine d'une modification de leurs pratiques professionnelles (dans les groupes réalisable et non réalisable respectivement à 75 et 63%). Celle-ci nécessitait une organisation différente de l'exercice professionnel. Elle s'orientait vers une prise en charge globale du patient, dans le cadre de programmes structurés d'ETP, permettant une meilleure connaissance du patient et de son savoir, un développement de l'information et de l'apprentissage donnés au patient et une adaptation du suivi.

De plus, 96% des médecins affirmaient qu'un tel DE pouvait apporter un bénéfice aux patients en terme d'ETP (dans les groupes réalisable et non réalisable respectivement à 100 et 95%). Les bénéfices décrits concernaient la prise en charge personnalisée du patient, dans

un objectif d'appropriation et de compréhension de la maladie par le patient, de responsabilisation du patient afin qu'il devienne « acteur de sa santé ». Ils se rapportaient à l'évaluation des connaissances et des lacunes du patient, son apprentissage, l'observance, la prévention des décompensations dans un objectif d'amélioration de la qualité de vie. Le DE avait pour autre bénéfice d'être un temps dédié aux questions du patient.

Les médecins recrutés reconnaissent en majorité, les nombreux bénéfices d'un tel DE en terme d'ETP, pour eux comme pour leurs patients. Ils approuvent ainsi les fortes recommandations de l'HAS, de la SFC et de l'ESC (4, 12, 16, 23). Afin de répondre aux exigences des grandes instances de santé et en accord avec leurs convictions personnelles, les médecins recrutés envisagent pour la plupart de modifier leurs pratiques professionnelles. Ces dernières doivent notamment intégrer la détermination d'un ou des objectif(s) éducatif(s) prioritaire(s), qui apparaît comme possible et indispensable aux yeux des médecins généralistes et dans un souhait de diffusion d'une prise en charge éducative ultérieure personnalisée de qualité.

1.3.2. *Relatifs aux patients*

L'acceptabilité des patients était bonne pour 100% des médecins.

S'il est introduit avec soin par les professionnels de santé, le DE ambulatoire pour l'IC est accepté et apprécié par les patients qui lui trouvent un intérêt en terme de prise en charge de leur maladie chronique et d'amélioration de leur qualité de vie.

1.3.3. *Relatifs au questionnaire*

Les méthodes de recueil des connaissances du patient étaient « adaptées » pour 83% des médecins (dans les groupes réalisable et non réalisable respectivement à 100 et 79%). Les méthodes d'évaluation des connaissances et de la motivation du patient étaient « adaptées » pour 57% d'entre eux (dans les groupes réalisable et non réalisable respectivement à 75 et 53%). La clarté et la pertinence des questions posées étaient « adaptées » pour 83% d'entre eux (dans les groupes réalisable et non réalisable respectivement à 100 et 79%).

Notre DE ambulatoire pour l'IC s'inspire du DE d'un programme d'ETP pour l'IC validé par la CNAM et le FNPEIS. Rassurés de constater que notre étude confirme la qualité du questionnaire, elle permet de plus, d'affirmer son adaptation à une réalisation ambulatoire. Les quelques modifications abordées ci-dessus dans le titre « IV.1.2.3. Freins relatifs au questionnaire », pourraient être appliquées afin de le rendre optimal.

2. Forces et faiblesses de l'étude

2.1. Forces

Notre étude est la première à étudier la faisabilité d'un DE pour l'IC en médecine générale. Elle s'inscrit dans un objectif de santé publique et d'économie de la santé, développé récemment par les grandes instances de santé et visant à intégrer les pratiques d'ETP ambulatoire, à la prise en charge de l'IC chronique. De plus, elle répond à un constat simple, défini par l'incapacité pour les seules structures hospitalières à subvenir à la demande des patients en terme d'ETP. Notre étude vise à intégrer le médecin généraliste dont le rôle est aujourd'hui reconnu comme central, aux pratiques d'ETP. C'est un travail original et pratique permettant de savoir si les recommandations actuelles sont applicables et adaptées à l'exercice de la médecine générale, et si ce n'est pas le cas, quelles en sont les raisons et quels moyens peuvent être mis en oeuvre. Elle permet d'identifier les facteurs favorisant le développement d'une ETP pour l'IC en ambulatoire et devant être valorisés. Elle vise à mettre en place un outil pratique d'ETP pour l'IC que chaque médecin généraliste pourrait utiliser au quotidien, pour ces patients, sous réserve d'une organisation adaptée.

Le taux de participation est deux fois supérieur à celui obtenu pour ce type d'étude. En effet, malgré la lourdeur du travail demandé aux médecins recrutés, nous avons obtenu, après plusieurs relances téléphoniques et par mails, un nombre de réponse suffisant nous permettant de mener notre étude.

Le consentement de chaque patient a été recueilli. Les données médicales relatives aux patients ont été traitées dans le respect du secret professionnel.

Notre échantillon de médecins recrutés est homogène en terme d'âge, de durée, de mode et de lieu d'exercice.

2.2. Faiblesses

Notre étude comporte des biais.

La sélection des médecins recrutés s'est effectuée sur des critères de connaissance des médecins et non par tirage au sort. Devant la lourdeur du travail demandé aux médecins et le temps imparti, le recrutement a été difficile et ce malgré le fait de s'adresser à des médecins de notre entourage. Un tirage au sort aurait effectivement permis de pallier à ce biais de sélection mais le taux de participation aurait été tellement faible que l'étude n'aurait pas pu être menée. Nous aurions également pu avoir recours à un plus grand nombre d'échantillons, hypothèse envisageable dans l'avenir en poursuivant ce travail sur une cohorte élargie.

La petite taille de l'échantillon ne permet pas sa comparaison à la population générale. Les « études pilotes » existent afin de travailler sur de petits échantillons, avant de mener des études de plus grande ampleur en fonction des résultats obtenus. La taille de notre échantillon aurait pu être majorée si nous avions fait appel à plus de médecins et si l'étude avait été menée sur une plus longue période. De plus, l'étude ayant été menée au cours du mois de février et au début du mois de mars, les épidémies du moment (grippe, gastro-entérite) ont pu freiner la participation des médecins généralistes par manque de temps.

Les médecins recrutés sont probablement plus sensibilisés à l'ETP que les médecins de la population générale. Cependant, la pratique de l'ETP et notamment la réalisation d'un DE relève d'une démarche personnelle et volontaire sans laquelle notre étude n'aurait pu être menée.

Notre échantillon de médecins recrutés comportait plus d'hommes que de femmes. Bien qu'il était initialement homogène en terme de genre, nous avons obtenu un plus grand taux de participation chez les hommes que chez les femmes, ce qui peut être à l'origine d'un biais de sélection. Afin d'y pallier, nous aurions pu contacter de nouveaux médecins généralistes de sexe féminin, sélectionnés par tirage au sort mais nous nous serions alors exposés à un nouveau biais de sélection.

Deux des médecins recrutés avaient moins de 30 ans. Nous pouvons nous interroger sur le titre exact de ces médecins. N'étaient-ils pas internes plutôt que médecins inscrits à l'Ordre des Médecins ? Devant cette incertitude et la petite taille de l'échantillon, nous avons néanmoins décidé d'intégrer leurs réponses à notre étude, sous réserve de constituer un biais de sélection.

Les médecins recrutés choisissaient un patient insuffisant cardiaque, ambulatoire, n'ayant pas été éduqué au préalable. Ce choix peut être à l'origine d'un biais de sélection. Idéalement, nous aurions dû mettre en place un système de tirage au sort au sein de la patientèle de chaque médecin généraliste recruté, afin de sélectionner au hasard un patient insuffisant cardiaque non éduqué. Nous n'en avons pas les moyens matériels et financiers. De plus, comme nous l'avons justifié ci-dessus dans le titre « IV.1.2.2.1. Les niveaux cognitif et socio-culturel des patients », le DE ne peut être réalisé chez tous les patients insuffisants cardiaques, une sélection des patients s'imposait donc sous peine de ne pas pouvoir mener notre étude. Enfin, la réalisation du DE chez tous les patients insuffisants cardiaques non éduqués de la patientèle d'un médecin généraliste aurait constitué un travail beaucoup trop lourd, nous avons donc décidé d'associer à chaque médecin un seul patient.

Notre enquête de faisabilité s'adressait aux médecins. Ces derniers pouvaient faire part d'une subjectivité et recourir à une interprétation lors de la réalisation du DE et du questionnaire de faisabilité. Ceci constitue un biais d'interprétation. Afin d'y pallier en partie, nous aurions dû réaliser cette même enquête de faisabilité en s'adressant aux patients, ce qui pourrait faire l'objet d'un travail ultérieur.

Lors de l'analyse des résultats de l'enquête de faisabilité, nous avons pu avoir recours à une interprétation des réponses des médecins. Dans un objectif d'analyse, nous devons regrouper en sous-groupe les différentes réponses aux questions ouvertes des médecins.

Ceci constitue un biais d'interprétation. Afin d'y pallier, une solution aurait été de suggérer les réponses par des QCM. L'inconvénient de cette pratique est de perdre en objectivité des réponses, les médecins se laissant influencer par les réponses suggérées. Dans un contexte d'enquête de faisabilité, nous avons opté pour une part de questions ouvertes afin d'obtenir un avis objectif des médecins recrutés sur la situation.

Lors du recueil des questionnaires, nous avons constaté des données manquantes que nous avons intégrées à notre analyse. Ceci constitue un biais de mesure. Deux questionnaires de consentement manquaient. Malgré cela et devant la petite taille de l'échantillon, nous avons intégré les réponses concernées à notre étude, ce qui constitue un nouveau biais de mesure.

V. CONCLUSION

Notre étude « pilote » nous permet de conclure que le DE pour l'IC n'est pas réalisable en consultation de médecine générale.

Malgré la sensibilisation des médecins recrutés à l'ETP pour l'IC et leurs connaissances de la notion de DE, malgré la prise de conscience du rôle central du médecin généraliste dans la réalisation du DE, malgré les bénéfices reconnus du DE pour le médecin comme pour le patient, malgré les projets de modification des pratiques professionnelles des médecins à la suite du DE, malgré la bonne acceptabilité par les patients et un questionnaire de qualité, de nombreux obstacles subsistent et limitent la réalisation d'un tel DE.

Les principaux freins relatifs aux médecins sont représentés par le manque de temps, de formation, de moyens matériels, humains et logistiques, l'absence de cotation et de rémunération. Les principaux freins relatifs aux patients sont les niveaux cognitif et socio-culturel et le manque de motivation des patients.

Afin de rendre un tel DE réalisable en ambulatoire, les médecins généralistes doivent réorganiser leurs activités professionnelles afin de consacrer au DE un temps dédié, ils doivent se former dans un objectif de FMC, ils doivent s'informer et connaître les moyens matériels, humains et structurels d'ETP qui les entourent dans un souhait de coordination des soins et de médecine de proximité. Les grandes instances de Santé doivent quant à elles, définir une cotation pour l'ETP et lui accorder une rémunération spécifique afin d'assurer sa valorisation. Malgré les difficultés de réalisation du DE en fonction des niveaux cognitif et socio-culturel des patients, la prise en charge éducative doit être personnalisée. Enfin, les patients insuffisants cardiaques doivent porter un intérêt au DE et à l'ETP afin de devenir acteur de leur santé et améliorer ainsi leur qualité de vie.

La réalisation du DE ambulatoire pour l'IC dépend, à ce jour, d'un travail en trinôme « patient - médecin généraliste - grandes instances de santé » dans un objectif d'ETP de proximité, de santé publique et d'économie de la santé.

VI. BIBLIOGRAPHIE

(1) Les progrès médicamenteux devancent ceux de l'organisation des soins Pr Michel Komajda, responsable du pôle cardiométabolique, IHU ICAN, CHU du groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière. *Concours Med.* 2013;135:442.

(2) ORSMIP (Observatoire Régional de la Santé de Midi Pyrénées). Pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées. Juin 2010.
www.orsmip.org

(3) Funck F, Adalla D, Juillière Y, Desnos M, Boireau A, Jourdain P. Unité Thérapeutique d'Insuffisance Cardiaque (UTIC) et Ecole du cœur, Centre Hospitalier René Dubos, Pontoise. Unité « Insuffisance cardiaque et valvulopathies » et Unité de prise en charge et d'éducation thérapeutique de l'insuffisance cardiaque (UPECETIC), Institut lorrain du cœur et des vaisseaux Louis Mathieu, Nancy-Bradois. Service de cardiologie, CHU G. Pompidou, Paris. Education thérapeutique et insuffisance cardiaque... De la nécessité d'une chaîne de soin coordonnée par le médecin généraliste. *Propos* 2011;129:14-18.

(4) McMurrey JJ, Adamopoulos S, Anker SD, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 : The Task Force for the diagnosis and treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J.* 2012;33:1787-1847.

(5) Saudubray T, Saudubray C, Viboud C, et al. Prevalence and management of heart failure in France : national study among general practitioners of the Sentinelles network. *Rev Med Interne* 2005;26:845-50.

(6) Merlière J, Couvreur C, Smedja L, Jolivet A (CNAMTS). Caractéristiques et trajet de soins des patients insuffisants cardiaques du Régime général. CNAM, Points de Repère, août 2012, numéro 38.

(7) Stewart S, Macintyre K, Hole DJ, Capewell S, Mc Murray JJ. More malignant than cancer ? Five year survival following a first admission for heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2001 Jun;3(3):315-322.

(8) Galinier M, Bouvet B, Rocchi M, et al. What is the burden of hospitalizations for Heart Failure in France in 2010. ESC Congress 2012, 25-29 august, Munich (Germany).

(9) Rapport OMS-Europe publié en 1996, Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, traduit en français en 1998.

<http://www.formatsante.org/download/OMS.pdf>

(10) Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique NOR: SANX0300055L.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=&categorieLien=id>

(11) Loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie NOR: SANX0400122L.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=&categorieLien=id>

(12) HAS Education thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation. Haute Autorité de Santé (HAS), juin 2007.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

(13) Rapport de septembre 2008, présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative par Monsieur Christian SAOUT, Président du Collectif inter-associatif sur la Santé, Monsieur le Professeur Bernard Charbonnel, Chef de la Clinique d'Endocrinologie de l'Hôtel Dieu à Nantes et Monsieur le Professeur Dominique Bertrand, Service de Santé Publique de l'Hôpital Fernand Widal. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000578/0000.pdf>

(14) Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires NOR: SASX0822640L.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

(15) Décret 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient NOR: SASP1007571D.

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=88820084EFAA6A7867D97063FC5B11DB.tpdjo15v_2?cidTexte=JORFTEXT000022664533&idArticle=&dateTexte=20131210

(16) HAS Education thérapeutique du patient : comment la proposer et la réaliser ? Haute Autorité de Santé (HAS), juin 2007.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf

- (17) D'Ivernois JF , Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Maloine Ed, Paris, 2004 (2nd ed) ; 155 pages.
- (18) Roccaforte R, Demers C, Baldassadre F, Teo KK, Yusuf S. Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. *Eur J Heart Fail.* 2005 Dec;7(7):1133-44.
- (19) Gonseth J, Guallar-Castillon P, Banegas JR and al. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital readmissions in older patients with heart failure : a systematic review and meta-analysis of published report. *Eur Heart J.* 2004 Sept;25(18):1570-95.
- (20) Laprerie AL, Le Hélias L, Herbouiller P, et al. Education et prise en charge multidisciplinaire dans l'insuffisance cardiaque chronique. *Ann Cardio Angeiol.* 2007 Sept;56(4):159-62.
- (21) Jourdain P, Funck F, Bellorini M, Tessier S, Lejeune N, Loiret J and al. Perception de l'insuffisance cardiaque par le patient. *Arch Mal Cœur Vaiss.* 2007 Mar;100(3):163-74.
- (22) Ferrante D, Varini S, Macchia A and al. Long-term results after a telephone intervention in chronic heart failure : DIAL (Randomized Trial of Phone Intervention in Chronic Heart Failure) follow-up. *J Am Coll Cardiol.* 2010Jul27;56(5):372-8.
- (23) HAS Education thérapeutique du patient : Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique. Haute Autorité de Santé (HAS), juin 2007.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/comment_elaborer_un_programme_specifique_d_une_maladie_chronique_-_juin_2007.pdf
- (24) Task Force for the diagnosis and treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *Eur Heart J.* 2008;29:2388-2442.
- (25) Grenier B, Bourdillon F, Gagnayre R. Le développement de l'éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles. *Santé Publique,* 2007;4 (Volume 19).
- (26) Juillière Y, Jourdain P, Roncalli J et al. Éducation thérapeutique des patients insuffisants cardiaques : le programme I-CARE. *Arch Mal Cœur* 2005 Apr;98(4):300-07.
- (27) Juillière Y, Trochu JN, Jourdain P et al. Creation of standardized tolls for therapeutic education specifically dedicated to chronic heart failure patients : the French I-CARE project. *Int J Cardiol.* 2006 Nov;113(3):355-63.

- (28) Juillière Y, Jourdain P, Roncalli J, for the I-CARE participants. Therapeutic education unit for heart failure : setting-up and difficulties. Initial evaluation of the I-CARE program. *Arc Cardiovasc Dis.* 2009 Jan;102(1):19-27.
- (29) Juillière Y, Funck F, Bellorini M et al. Cliniques d'insuffisance cardiaque. Concept, organisation, résultats. *Ann Cardiol Angéiol.* 2002 Nov;51(5):248-53.
- (30) Dujardin JJ, Joly P, Jaboureck O et al. Education for chronic cardiologic diseases in a transversal multidisciplinary unit : the experience of a general hospital center. *Ann Cardiol Angeiol.* 2005 Nov;54(6):305-09.
- (31) Laprerie AL, Trochu JN. Le réseau, support de la coordination des soins. *Concours Med.* 2013;135:466-69.
- (32) Jourdain P, Juillière Y pour les membres du Comité d'organisation et du Groupe de Travail de la Task Force française sur l'Education Thérapeutique dans l'Insuffisance Cardiaque. Education thérapeutique du patient atteint d'insuffisance cardiaque chronique : proposition d'un programme structuré multi-professionnel par la Task Force française sur l'Education Thérapeutique dans l'Insuffisance Cardiaque sous l'égide de la Société Française de Cardiologie. *Arc Cardiovasc Dis.* 2011;3:1-14.
- (33) Rapport du Haut Conseil de Santé Publique sur l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours daté de novembre 2009.
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_edthsoppre.pdf
- (34) Instruction N°DSS/CNAMTS/DGOS/DGS/SG/2013/120 du 1er février 2013 concernant la mise en œuvre de la démarche relative aux « processus de soins ». http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/03/cir_36684.pdf
- (35) Grenier B, Bourdillon F, Gagnayre R. Le développement de l'éducation thérapeutique en France : propositions pour une intégration durable dans le système de soins. *Santé Publique,* 2007;4 (Volume 19).
- (36) Annuaire des Pages Jaunes.
www.pagesjaunes.fr
- (37) Site internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM).
www.conseil-national.medecin.fr

(38) HAS Développement professionnel continu. Mise en œuvre de l'éducation thérapeutique. Fiche technique méthode. Document de travail. Haute Autorité de Santé (HAS), 31 janvier 2013.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/mise_en_oeuvre_education_therapeutique_fiche_technique_2013_01_31.pdf

(39) Cahier des charges pour une formation de 1^{er} et 2^{ème} niveaux en éducation thérapeutique des patients (ETP) atteints de pathologies chroniques, URCAM de Franche-Comté.

(40) ARS Aquitaine. Maisons de Santé Pluridisciplinaires et nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé. Avril 2011.

http://www.ars.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/90_ARS_vous_informe/10_Petit_dej_MSP/MSP_modes_remuneration.pdf

(41) ARS Midi-Pyrénées. EVACET Un appui technique aux promoteurs.

http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/0_INTERNET_ARS_MIP/VOTRE_SANTE/EVACET.pdf

(42) Prochaska JO, Velicer, WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot.* 1997 Sep–Oct;12(1):38–48. Accessed 2009 Mar 18.

VII. ANNEXES

1. Lettre justificative et explicative destinée aux médecins généralistes recrutés

Melle THOMAS Caroline

Toulouse, le 01/02/2014

Cher confrère,

Je me permets de faire appel à vos compétences et à votre expérience professionnelles dans le cadre de ma thèse de médecine générale dont l'objectif principal est d'évaluer la faisabilité d'un diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque en médecine générale.

En effet, les besoins en terme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) pour l'insuffisance cardiaque sont aujourd'hui tels que les structures hospitalières ne peuvent y subvenir. Le diagnostic éducatif consiste en un entretien individuel de compréhension des besoins éducatifs du patient. Sa réalisation ambulatoire, adaptée à la médecine générale permettrait d'une part, de faciliter l'accessibilité de l'ETP aux patients relevant de cette indication et d'autre part, d'intégrer le médecin généraliste au programme éducatif. Celui-ci possédant une vision d'ensemble de son patient est certainement le plus à même de déterminer les priorités éducatives.

A terme, ce projet vise, dans un souci d'économie de la santé, à diminuer les hospitalisations liées à l'insuffisance cardiaque et à améliorer ainsi la qualité de vie des patients.

D'une part, je vous demande d'effectuer, après avoir obtenu le consentement écrit du patient (**Formulaire de consentement** ci-joint), un diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque et de déterminer un objectif éducatif négocié prioritaire à l'aide du **QUESTIONNAIRE NUMERO 1** ci-joint. Celui-ci a été élaboré pour être réalisé en une vingtaine de minutes chez un patient insuffisant cardiaque de votre choix, n'ayant jamais bénéficié d'une ETP.

D'autre part, je souhaite recueillir votre avis, à partir du **QUESTIONNAIRE NUMERO 2** ci-joint, sur la faisabilité d'un tel projet en médecine générale.

Le diagnostic éducatif qui vous est proposé s'inspire de celui d'un programme régional existant et validé s'intitulant ETIC ou Education Thérapeutique pour les patients souffrant d'Insuffisance Cardiaque, mis en place depuis 2010 par l'APET CARDIOMIP ou Association Pour l'Education Thérapeutique en Cardiologie et Maladies Vasculaires en Midi-Pyrénées.

Cette étude « pilote » sera réalisée chez une vingtaine de médecins généralistes ayant un exercice libéral en région Midi Pyrénées.

La date limite de retour des questionnaires est fixée au vendredi 28 février 2014 (enveloppe affranchie ci-jointe en cas de retour par courrier postal).

Dans l'attente de vos précieuses réponses, je vous prie d'agréer Madame, Monsieur mes confraternelles salutations.

Caroline THOMAS
Médecin Généraliste Remplaçant

2. Formulaire de consentement du patient

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e), Madame, Monsieur
_____, né(e) le _____ consent à ce que les
informations me concernant, recueillies dans le questionnaire « Diagnostic éducatif pour
l'insuffisance cardiaque », puissent être utilisées à des fins de recherche médicale sur
l'éducation thérapeutique chez les patients insuffisants cardiaques.

Ces informations seront soumises au respect du secret médical et seuls
les professionnels de santé y auront accès.

Fait à _____, le _____

Signature

3. Questionnaire « Diagnostic éducatif pour l'insuffisance cardiaque »

QUESTIONNAIRE NUMERO 1

DIAGNOSTIC EDUCATIF POUR L'INSUFFISANCE CARDIAQUE (IC)

Nous allons réaliser ce jour ensemble un DIAGNOSTIC EDUCATIF pour votre IC. Celui-ci nous permettra de prendre en charge votre maladie chronique de manière personnalisée, adaptée à vos besoins et ainsi améliorer votre qualité de vie.

D'une part, nous aborderons votre perception de l'IC, son retentissement sur votre vie au quotidien puis nous évaluerons ensemble vos connaissances sur votre maladie chronique, son traitement et son suivi. D'autre part, nous nous intéresserons à votre diététique et activité physique.

OBSERVATION MEDICALE DU PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE

Sexe :

- Féminin
- Masculin

Age :

Antécédents cardio-vasculaires :

--

Facteurs de risque cardio-vasculaires :

- Antécédents familiaux (Infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 55 ans chez le père ou un parent du premier degré de sexe masculin et/ou avant l'âge de 65 ans chez la mère ou un parent du premier degré de sexe féminin et/ou un accident vasculaire cérébral précoce avant l'âge de 45 ans)
- Tabagisme actif ou sevré depuis moins trois ans
- Dyslipidémie
- Hypertension artérielle traitée ou non
- Diabète de type 2 traitée ou non
- Obésité
- Sédentarité
- Consommation excessive d'alcool
- Syndrome d'apnée du sommeil

Antécédents d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque :

- Oui
- Non

Type de cardiopathie :

- Ischémique
- Hypertensive
- Valvulaire
- Rythmique
- Iatrogène (médicamenteuse, chimiothérapie, radiothérapie...),
- Toxique (alcool...)
- Congénitale
- Idiopatique

Traitement à visée cardiologique :

- Diurétique de l'anse
- Inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II)
- Bêta-bloquant
- Anti-aldostérone ou antagoniste des minéralo-corticoïdes
- Ivabradine
- Digoxine
- Traitement(s) non pharmacologique(s) : resynchronisation ventriculaire avec ou sans fonction défibrillateur, dispositif d'assistance ventriculaire gauche, transplantation cardiaque et/ou traitement étiologique (revascularisation coronarienne, correction d'une valvulopathie, d'une sténose bilatérale des artères rénales ou unilatérale sur rein unique)

Stade NYHA :

- I (pas de limitation)
- II (pas de symptôme au repos mais des efforts normaux provoquent fatigue, palpitations ou dyspnée)
- III (pas de symptôme au repos mais des efforts minimes provoquent déjà des symptômes)
- IV (symptômes présents au repos et aggravés au moindre effort)

LE PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE ET SA MALADIE

➤ LA MALADIE CHRONIQUE DU PATIENT : SON VECU ET SES REPRESENTATIONS

1) D'après vous, à quoi sert le cœur ?

2) Qu'est-ce que l'insuffisance cardiaque (IC) ?

3) Quelles sont les principales causes d'IC ?

4) Quelle est la cause de votre IC ?

Evaluation globale des connaissances du patient sur le thème « LA MALADIE CHRONIQUE DU PATIENT » :



Faibles

Moyennes

Fortes

Evaluation de la motivation du patient à améliorer ses connaissances et à agir sur le thème « LA MALADIE CHRONIQUE DU PATIENT » :

Etes-vous motivé à améliorer vos connaissances et à agir sur votre maladie chronique ?



Faible

Moyenne

Forte

➤ LE RETENTISSEMENT DE LA MALADIE SUR LA VIE DU PATIENT

5) Votre maladie a-t-elle entraîné des changements dans votre quotidien ? Si oui, lesquels ?

6) Sur une échelle graduée de 0 à 10, comment évaluez-vous l'état de votre santé actuelle ?



7) Sur une échelle graduée de 0 à 10, comment évaluez-vous votre moral actuel ?



➤ EVALUATION DES CONNAISSANCES

8) REPERAGE DES « SIGNES SPECIFIQUES» DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Je vous demande de me préciser dans la liste de mots ci-dessous, ceux qui correspondent à des signes spécifiques de l'IC ou qui vous rappellent des situations que vous avez vécues.

Chaque mot peut donner lieu à des questions auxquelles le médecin s'appliquera à répondre avec clarté et simplicité. Les mots retenus seront entourés par vos soins.

ESSOUFLEMENT

DOULEUR DANS LA POITRINE

PALPITATIONS

MAL DE TETE

FATIGUE

JAMBES GONFLEES

MAL AU DOS

TROUBLE DE LA MEMOIRE

MAL AU VENTRE

MAUVAIS SOMMEIL

PRISE DE POIDS

ENVIE D URINER

CRAMPES

Evaluation globale des connaissances du patient sur le thème « LES SIGNES SPECIFIQUES DE L'IC » :



Faibles

Moyennes

Fortes

Evaluation de la motivation du patient à améliorer ses connaissances et à agir sur le thème « LES SIGNES SPECIFIQUES DE L'IC » :

Etes-vous motivé à améliorer vos connaissances et à agir sur les signes spécifiques de votre IC ?



Faible

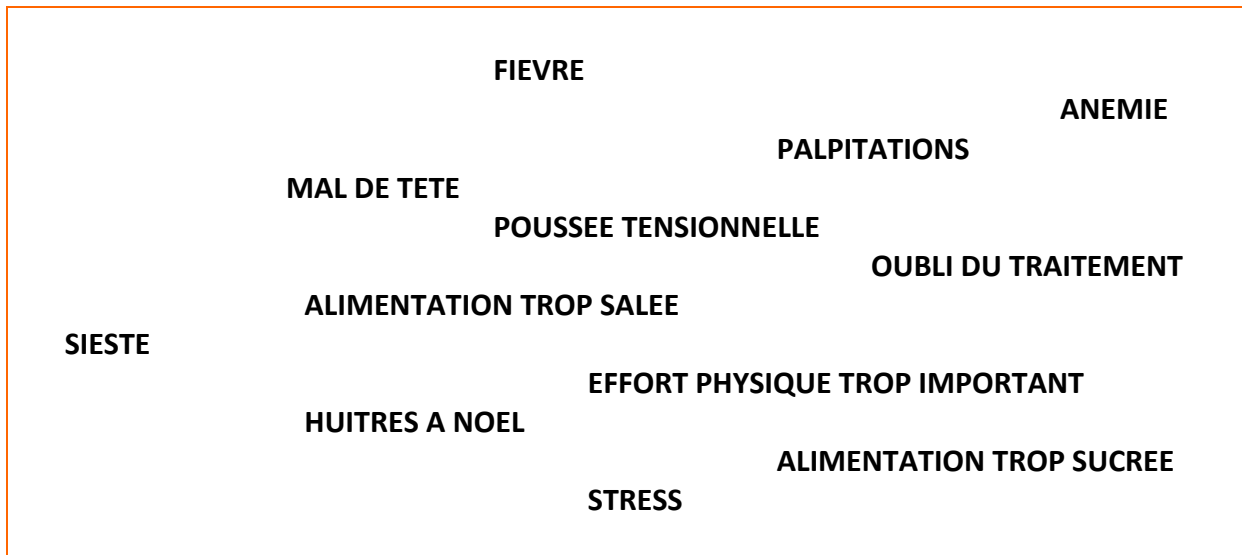
Moyenne

Forte

9) REPERAGE DES « FACTEURS DECLENCHANTS OU AGGRAVANTS » DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Je vous demande de me préciser dans la liste de mots ci-dessous, ceux qui correspondent à des situations pouvant aggraver et/ou décompenser votre IC.

Chaque mot peut donner lieu à des questions auxquelles le médecin s'appliquera à répondre avec clarté et simplicité. Les mots retenus seront entourés par vos soins.



Evaluation globale des connaissances du patient sur le thème « LES FACTEURS DECLENCHANTS OU AGGRAVANTS DE L'IC » :



Faibles

Moyennes

Fortes

Evaluation de la motivation du patient à améliorer ses connaissances et à agir sur le thème « LES FACTEURS DECLENCHANTS OU AGGRAVANTS DE L'IC » :

Etes-vous motivé à améliorer vos connaissances et à agir sur les facteurs déclenchant ou aggravant votre IC ?



Faible

Moyenne

Forte

10) REPERAGE DES «ELEMENTS DE SUIVI AU LONG COURS» DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Je vous demande de me préciser dans la liste de mots ci-dessous, ceux qui correspondent à des personnes, des examens biologiques ou radiologiques faisant partie du suivi de votre insuffisance cardiaque.

Chaque mot peut donner lieu à des questions auxquelles le médecin s'appliquera à répondre avec clarté et simplicité. Les mots retenus seront entourés par vos soins.

MEDECIN GENERALISTE

ELECTROCARDIOGRAMME

INR

PESEE

INFIRMIERE

RADIOGRAPHIE THORACIQUE

DIABETOLOGUE

ECHOGRAPHIE CARDIAQUE

HOPITAL

DIETETICIENNE

CARDIOLOGUE

GLYCEMIE

EXAMEN D'URINE

BNP

FREQUENCE CARDIAQUE

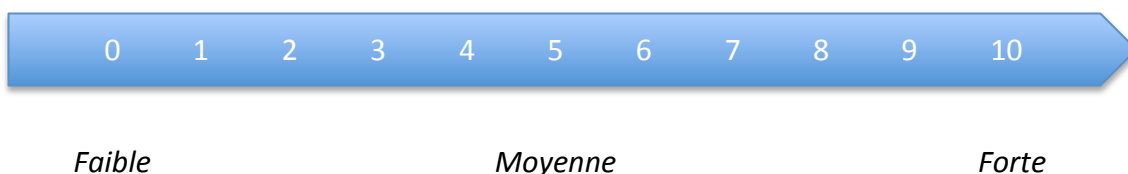
TENSION ARTERIELLE

Evaluation globale des connaissances du patient sur le thème « LES ELEMENTS DE SUIVI AU LONG COURS DE L'IC » :



Evaluation de la motivation du patient à améliorer ses connaissances et à agir sur le thème « LES ELEMENTS DE SUIVI AU LONG COURS DE L'IC » :

Etes-vous motivé à améliorer vos connaissances et à agir sur le suivi de votre IC ?



➤ LE TRAITEMENT DE VOTRE INSUFFISANCE CARDIAQUE

11) Quels sont parmi vos médicaments ceux qui sont indispensables pour le traitement de votre insuffisance cardiaque ?

12) Qu'est-ce qu'un médicament diurétique pour vous ?

13) Prenez-vous un médicament diurétique et si oui, lequel ?

14) Que faites-vous en cas d'oubli de vos médicaments de l'insuffisance cardiaque ?

Evaluation globale des connaissances du patient sur le thème « LE TRAITEMENT DE L'IC » :



Faibles

Moyennes

Fortes

Evaluation de la motivation du patient à améliorer ses connaissances et à agir sur le thème « LE TRAITEMENT DE L'IC »:

Etes-vous motivé à améliorer vos connaissances et à agir sur votre traitement de l'IC ?



Faible

Moyenne

Fort

LE PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE ET SA DIETETIQUE

15) Une alimentation pauvre en sel est-elle importante en cas d'insuffisance cardiaque ? Si oui, pourquoi ?

16) Quelle est la quantité de sel que vous pouvez consommer par jour (en gramme) en cas d'insuffisance cardiaque ?

17) Quelle est la quantité de sel que vous pensez consommer par jour (en gramme) ?



(Quantité de sel consommée en gramme par jour)

18) Je vous demande de cocher dans la liste des aliments ci-dessous ceux qui pour vous, sont riches en sel et donc à éviter.

Cf. **PLANCHE ALIMENTS** ci-jointe

Evaluation globale des connaissances du patient sur le thème « LA DIETETIQUE DE L'IC » :



Faibles

Moyennes

Fortes

Evaluation de la motivation du patient à améliorer ses connaissances et à agir sur le thème « LA DIETETIQUE DE L'IC » :

Etes-vous motivé à améliorer vos connaissances et à agir sur votre diététique ?



Faible

Moyenne

Fort

LE PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE ET SON ACTIVITE PHYSIQUE

19) L'activité physique est-elle importante en cas d'insuffisance cardiaque ? Si oui, pourquoi ?

20) Quelle est la fréquence de réalisation d'une activité physique recommandée en cas d'insuffisance cardiaque ?

21) Pratiquez-vous une activité physique ? Si oui, laquelle et à quelle fréquence. Si non, pourquoi ?

22) Sur une échelle graduée de 0 à 10, comment évaluez-vous votre condition physique ?



Evaluation globale des connaissances du patient sur le thème « L'ACTIVITE PHYSIQUE DE L'IC » :



Evaluation de la motivation du patient à améliorer ses connaissances et à agir sur le thème « L'ACTIVITE PHYSIQUE DE L'IC » :

Etes-vous motivé à améliorer vos connaissances et à agir sur votre activité physique ?



OBJECTIF EDUCATIF NEGOCIE AVEC LE PATIENT

Afin de conclure, nous allons déterminer ensemble, à la vue de vos souhaits et de votre motivation et en accord avec l'évaluation globale de vos connaissances, UN OBJECTIF EDUCATIF PRIORITAIRE.

Celui-ci doit être simple, compréhensible, accepté et réalisable.

Un objectif éducatif négocié prioritaire :

Il fera l'objet dans un second temps d'une éducation thérapeutique ciblée en extra ou intra-hospitalier.

Un moyen proposé :

Planche Aliments



Lait et Laitage



Fruits Secs



Charcuterie



Viande, poisson



Epices, aromates



Oeufs



Huiles, margarine, beurre doux, crème fraîche



Biscuits apéritifs



Coquillages, crustacés, saumon fumé



Pâtes, riz, pomme de terre



Légumes



Conserves de poissons et de légumes



Plats cuisinés



Fruits frais, compotes



Sucre et produits sucrés



Fromage



Eau gazeuse



Eau minérale ou gazeuse pauvre en sel



Pain et biscotte SANS sel



Biscuits, pâtisseries, viennoiseries, pain



Potage en sachet ou en brique



Moutarde, Ketchup, mayonnaise, anchois, cornichons, sauces préparées, bouillon cube

2) Avez-vous modifié l'organisation de votre journée de travail afin de pouvoir réaliser ce questionnaire ?

- OUI
- NON

Si oui, en quoi a consisté cette adaptation et vous a t-elle mis en difficulté ?

3) Avez-vous effectué ce questionnaire lors d'une consultation :

- De suivi
- Pour une pathologie aigüe
- Dédicée après information du patient

4) L'acceptabilité par le patient a t-elle été bonne ?

- OUI
- NON

Si non, pour quels motifs ?

5) Le temps nécessaire à la réalisation du questionnaire est-il :

- Trop court
- Trop long
- Adapté

LA FORME DU QUESTIONNAIRE NUMERO 1 :

6) Les méthodes utilisées afin de recueillir les connaissances du patient (questions ouvertes, échelles visuelles, jeux simples) vous paraissent-elles « ?

- OUI
- NON

Si non, pourquoi et que proposeriez-vous ?

7) Les méthodes d'évaluation des connaissances et de la motivation du patient par échelle visuelle vous paraissent-elles adaptées ?

- OUI
- NON

Si non, pourquoi et que proposeriez-vous ?

8) Le détermination d'un objectif éducatif négocié prioritaire vous paraît t-elle possible ?

- OUI
- NON

Si non, pourquoi ?

LE CONTENU DU QUESTIONNAIRE NUMERO 1 :

9) Les questions posées vous paraissent-elles globalement claires, adaptées et pertinentes ?

- OUI
- NON

Si non, quelles questions vous semblent peu claires et/ou inadaptées et/ou impertinentes et pourquoi ?

10) Connaissez-vous la notion de DE ?

- OUI
- NON

11) Pensez-vous que la réalisation du DE ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque puisse vous apporter un bénéfice en terme l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ?

- OUI, complètement
- Plutôt OUI
- Plutôt NON
- NON, pas du tout

Si oui, pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

12) Pensez-vous que la réalisation du DE ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque puisse apporter un bénéfice au patient en terme d'ETP ?

- OUI, complètement
- Plutôt OUI
- Plutôt NON
- NON, pas du tout

Si oui, pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

13) Pensez-vous que la réalisation du DE ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque puisse modifier vos pratiques professionnelles ?

- OUI, complètement
- Plutôt OUI
- Plutôt NON
- NON, pas du tout

Si oui, de quelle manière ?

14) Quels sont selon vous les trois principaux freins à la réalisation du DE ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque ?

-
-
-

15) Etes-vous sensibilisés à l'éducation thérapeutique pour d'insuffisance cardiaque ?

- OUI, complètement
- Plutôt OUI
- Plutôt NON
- NON, pas du tout

Si non, avez-vous l'intention de vous-y intéresser ?

- OUI
- NON

16) Avez-vous déjà participé à de l'ETP pour l'insuffisance cardiaque ?

- OUI
- NON

17) Avez-vous déjà orienté vos patients vers des structures d'ETP pour l'insuffisance cardiaque ?

- OUI
- NON

18) Pensez-vous que le DE pour l'insuffisance cardiaque doit faire intervenir le médecin généraliste du patient ?

- OUI
- NON

Si oui, pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

19) Pensez-vous qu'une formation dédiée est nécessaire à la réalisation d'un DE ambulatoire pour l'insuffisance cardiaque ?

- OUI
- NON

20) Pensez-vous que la réalisation d'un DE ambulatoire doit être spécifiquement rémunéré ?

- OUI
- NON

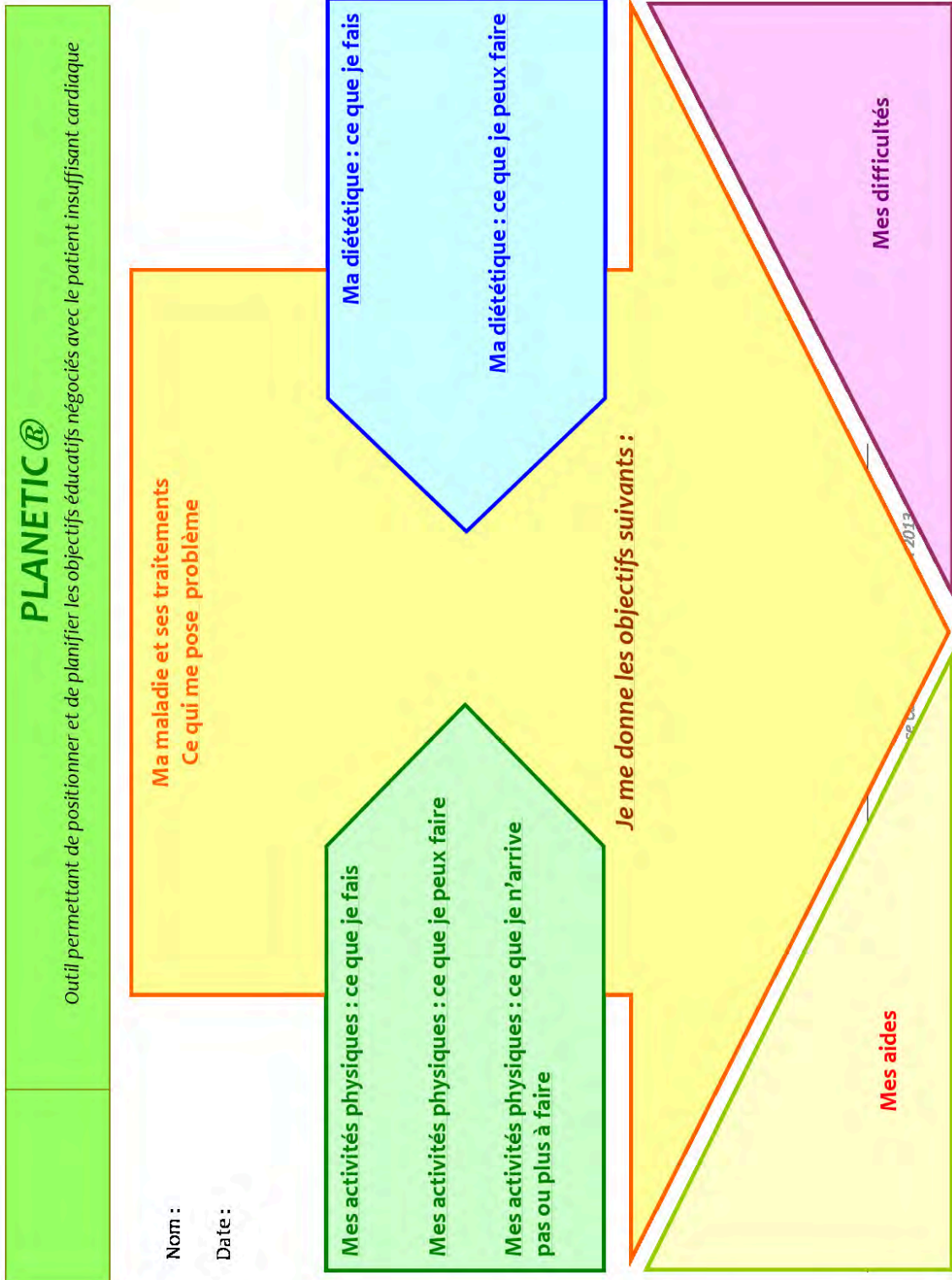
Commentaires libres :

Souhaitez-vous recevoir les résultats de l'étude ?

- OUI
- NON

Merci pour votre participation.

5. L'outil PLANETIC



TITLE : FEASIBILITY STUDY OF AN EDUCATIONAL DIAGNOSIS IN HEART FAILURE IN GENERAL PRACTICE

City and date of presentation : Toulouse, April 29th, 2014

SUMMARY :

Background : Hospitals or healthcare structures cannot provide for patient therapeutic education (PTE) in heart failure (HF) alone. An ambulatory educational diagnosis in general practice would facilitate PTE access to a greater number of patients and integrate the general practitioner in the scheme.

Aim : The feasibility of an educational diagnosis (ED) in heart failure (HF) in general practice was evaluated.

Methods : A descriptive study was conducted on general practitioners of the Midi-Pyrénées region who carried out the proposed ED in HF. This study was inspired from a programme approved and adapted to general practice based on one outpatient suffering from heart failure who was not educated beforehand.

Results : We obtained a participating rate of 23% on a population of 100 participants. According to 83% of the general practitioners we questioned, the ED in HF cannot have been carried out in general practice. The main obstacles regarding GPs were the lack of time (96%), the lack of training (26%), the lack of equipment, people and logistics (13%) and the absence of payment rates (22%). The main obstacles related to patients according to the GPs were the different cognitive and social-cultural levels (35%) and the lack of motivation (22%).

Conclusion : The success implementing the ambulatory ED in HF depends on taking into account the obstacles in its application. To this day, it depends on how well the threesome "patient-GP-healthcare institution" work together for a same objective that is to say an objective of local medical care, public health and healthcare savings.

Administrative discipline : General Practice

Key words : Educational diagnosis – Patient therapeutic education – Heart failure – General Practice

Address of the faculty : Faculté de Médecine Rangueil - 133 route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France

Supervisor : Professeur Atul PATHAK

**TITRE : ENQUÊTE DE FAISABILITE D'UN DIAGNOSTIC ÉDUCATIF POUR L'INSUFFISANCE
CARDIAQUE EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

Ville et date de soutenance : Toulouse, le 29 avril 2014

RÉSUMÉ :

Contexte : Les structures hospitalières seules ne peuvent subvenir aux besoins en terme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) pour l'insuffisance cardiaque (IC). La réalisation d'un diagnostic éducatif (DE) ambulatoire, en médecine générale permettrait de faciliter l'accessibilité de l'ETP aux patients et d'intégrer le médecin généraliste au programme éducatif.

Objectif : Nous avons évalué la faisabilité d'un DE pour l'IC en médecine générale.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude descriptive auprès des médecins généralistes libéraux de la région Midi-Pyrénées ayant réalisé le DE pour l'IC, inspiré d'un programme validé et adapté à la médecine générale, chez un seul de leur patient insuffisant cardiaque, ambulatoire, non éduqué au préalable.

Résultats : Nous avons obtenu un taux de participation de 23% sur une cohorte de 100 participants. Le DE pour l'IC n'était pas réalisable en médecine générale pour 83% des médecins. Les principaux freins relatifs aux médecins étaient représentés par le manque de temps à 96%, de formation à 26%, de moyens matériels, humains et logistiques à 13% et l'absence de cotation et rémunération à 22%. Les principaux freins relatifs aux patients, selon les soignants étaient les niveaux cognitif et socio-culturel à 35% et le manque de motivation à 22%.

Discussion : La réalisation du DE ambulatoire pour l'IC nécessite la prise en compte de freins à son application. Elle dépend, à ce jour, d'un travail en trinôme « patient-médecin généraliste-grandes instances de santé » dans un objectif de médecine de proximité, de santé publique et d'économie de la santé.

Discipline administrative : Médecine Générale

Mots-clés : Diagnostic éducatif – Education thérapeutique du patient – Insuffisance cardiaque – Médecine Générale

Intitulé et adresse de l'UFR : Faculté de Médecine Rangueil - 133 route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France

Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur Atul PATHAK