

Université de Lille 2
Faculté Ingénierie et Management de la Santé (ILIS)
Master 2^{ème} année

MAUPOINT Julien

L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PATIENTS CORONARIENS

« *Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge
actuelle des patients atteint de syndrome coronarien?* »

Sous la direction de Monsieur Hubert Hervé
*Responsable de la spécialité des Master 2 « Management des Risques,
de la Qualité et des Flux*

« Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master »

Année universitaire 2016 - 2017

Master Ingénierie de la Santé
*Management des Etablissements
Sanitaires et Médico-Sociaux, de la Qualité, des Risques et des Flux*

Composition de jury :

- **Président de jury** : Monsieur Hubert Hervé, responsable de la filière MRQF
- **Directeur de mémoire** : Monsieur Hubert Hervé, responsable de la filière MRQF
- **2^{ème} membre de jury** : Monsieur Castra Laurent, Directeur qualité, sécurité environnement, ARS d'Ile de France
- **3^{ème} membre de jury** : Madame Bourgoin Maryline, Coordinatrice opérationnelle – Transversalité éducation thérapeutique

Date : **Le samedi 21 Octobre 2017 : 9h30**

Faculté Ingénierie et Management de la Santé – ILIS
42 rue Ambroise Paré
59120 LOOS



Remerciements

En préambule, je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail de fin d'études.

Je tiens à remercier et à témoigner toute ma reconnaissance à Monsieur le Professeur Hubert Hervé, responsable de la filière MRQF à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé, mon guidant de mémoire, pour sa disponibilité, son soutien, sa confiance et ses précieux conseils.

Un grand merci aux professionnels du service de cardiologie et de coronagraphe du Centre Hospitalier de Saint-Quentin qui ont répondu à mes questions et sans qui ce mémoire n'aurait pu voir le jour. Merci de vos réponses et de votre disponibilité.

Sommaire

Liste des abréviations	3
Liste des tableaux et des figures	5
Introduction	6
1- Cadre théorique	11
1.1. Au niveau historique	11
3.1.1. La promotion de la santé (Charte d'Ottawa en 1986).....	11
3.1.2. L'éducation pour la santé	11
3.1.3. L'éducation thérapeutique du patient : fondements, principes et finalités	12
3.1.4. Distinction entre les notions	13
3.1.5. Les recommandations des différentes institutions.....	13
2- Cadre législatif	15
2.1. Article L1161-1 : Créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art.84	16
2.2. Article L1161-2 : Créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art.84	17
2.3. Article L1161-3 : Créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art.84	17
2.4. Article L1161-4 : Créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art.84	17
2.5. Article L1161-4 : Créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art.84	18
2.6. Article L1161-4 : Créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art.84	18
3- Impact économique de l'éducation thérapeutique	21
3.2. Des financements significatifs, peu transparents et éclatés	21
3.3. Les financements publics	21
3.3.1. Le financement des MIGAC.....	22
3.3.2. Les Agences Régionales de santé (ARS)	23
3.3.3. Les appels à projets (AAP).....	24
3.3.4. La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).....	24
3.3.5. Les associations de malades	24
3.4. Les financements privés.....	24
3.4.1. L'industrie pharmaceutique	24
3.4.2. Les fondations d'entreprise	25
3.5. Les autres organismes « ressources » non financeurs.....	25
3.5.1. Les IREPS : Instances Régionales d'Education et de la Promotion de la Santé	25
3.5.2. Le Pôle Régional ETP Bretagne	26
3.5.3. Les Plateformes Territoriales d'ETP	26
3.5.4. UTEP ou UTET : Unité Transversales d'Education du Patient ou d'éducation Thérapeutique.....	27

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteints de syndrome coronarien?

3.5.5. Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) : Un soutien pour les professionnels dans l'organisation des parcours de santé complexes	27
3.5.6. Les Centres de santé – Pôles santé – Maison de santé	28
3.5.7. Les associations libérales de proximité (ALP)	28
4- Généralité sur les maladies cardio-vasculaires.....	29
4.1. Définition et épidémiologie	29
4.2. La maladie coronarienne.....	30
4.3. Les facteurs de risque cardio-vasculaire	32
4.3.1. Généralités	32
4.3.2. La prise en charge des FDR en prévention secondaire.....	33
4.3.3. Le parcours de soin du patient victime d'un infarctus du myocarde.....	34
4.3.4. Le contenu d'un programme d'ETP du patient coronarien	35
4.3.4.1. <i>Elaborer un diagnostic éducatif</i>	36
4.3.4.2. <i>Définir un programme personnalisé</i>	37
4.3.4.3. <i>Planifier les séances collectives et/ou individuelles</i>	37
4.3.4.4. Evaluer les compétences acquises, le déroulement du programme	38
4.3.5. L'ETP centrée sur le patient et intégrée aux soins	40
4.3.5.1. Les séances individuelles.....	40
4.3.5.2. Les séances collectives	40
5- Faible accessibilité des patients : pourquoi ?	42
5.1. Quelques chiffres	42
5.2. Facteurs liés au patient et à ses pathologies	43
5.3. Facteurs liés au système de santé.....	44
6- Perspectives d'avenir des pratiques éducatives pour améliorer le taux de participation aux programmes après un SCA	51
Conclusion.....	53
Bibliographie.....	55
Annexes	58

Liste des abréviations

AAP : Appel à projet

ALD : Affectation Longue Durée

ALP : Association Libérale de Proximité

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSP : Code de la Santé Publique

IDM : Infarctus Du Myocarde

IMC : Indice de Masse Corporelle

IPAQSS : Indicateur Pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins

ECG : Electrocardiogramme

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FDR : Facteur De Risques

FDRCV : Facteur De Risque Cardio-Vasculaire

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FNEIPS : Fond Nationale de Prévention et d'Education en Information Sanitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

HTA : Hypertension Artérielle

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteint de syndrome coronarien?

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale

IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

MIGAC : Mission d'Intérêt Générale et d'Aide à la Contractualisation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PPS : Plan Personnalisé de Santé

PTA : Plateforme Territoriale d'Appuie

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RC : Réadaptation Cardiaque

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SCA : Syndrome Coronarien Aigu

SROS : Schéma Régional d'Offre de Soins

SSR : Soins de suite et de Réadaptation

T2A : Tarification à l'Activité

USIC : Unité de Soins Intensif de Cardiologie

UTEP : Unités Transversales d'Education du Patient

Liste des tableaux et des figures

Nombre de tableaux	Intitulé des tableaux	N° de page
1	Approche concrète de l'éducation thérapeutique	p.12
2	Education thérapeutique à l'hôpital	p.22

Nombre de figures	Intitulé des figures	N° de page
1	Artère en coupe schématique	p.31
2	Formation et progression de l'athérosclérose	p.31
3	Grille d'entretien élaborée par la HAS	p.36
4	Auto-évaluation est faite par le patient en début d'entretien	p.36
5	Grille d'évaluation du patient coronarien	p.39
6	Évolution des taux d'admission en soins de suite et de réadaptation (SSR) après une hospitalisation pour infarctus du myocarde (IDM) entre le premier semestre 2010 et le premier semestre 2014, France	p.46
7	Évolutions annuelles moyennes des taux de patients admis en soins de suite et de réadaptation (réadaptation cardiaque ou autre finalité) après une hospitalisation pour un infarctus du myocarde entre 2010 et 2014, par sexe et classe d'âge, France	p.47
8	Disparité régionales des taux de recours à la réadaptation cardiaque post-infarctus du myocarde selon le sexe en France, en 2014.	p.48
9	Evolution des taux régionaux de réadaptation cardiaque post infarctus du myocarde entre 2010 et 2014 selon le sexe en France	p.49

Introduction

Au fil des années, le concept « santé » a connu une évolution. Avant 1945, la santé se définissait comme suit : « la santé, c'est l'absence de maladie ». En 1946, l'OMS (Organisation Mondiale de la santé) redéfinit la santé comme « *un état de complet de bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* »¹. La santé a différentes composantes multidimensionnelles, elle est aussi perçue comme une qualité de vie.

Si de nos jours nous vivons plus longtemps et que l'on jouit d'une meilleure qualité de vie qu'auparavant notamment grâce au progrès médical, ce n'est pas sans contrepartie. En effet, car nos modes de vie actuels associé au vieillissement de la population française favorisent l'accroissement du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques. Selon la HAS (Haute Autorité de Santé) définit la maladie chronique comme « *une maladie qui évolue à long terme, souvent associée à une invalidité ou à la menace de complications sérieuses, et susceptibles de réduire la qualité de vie du patient* ».

En 2016, en France, les maladies chroniques touchent 15 millions de personnes, soit environ 20% de la population. On dénombre également 3.3 millions de personnes atteintes de maladies cardio-neurovasculaires (maladie coronaire, insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathie, artériopathies, accident vasculaire cérébral (AVC), hypertension artérielle sévères)². Ces dernières causeraient près de 35% des exonérations pour les affections longues durées (ALD) répertoriées. Cela pèse lourd sur les finances de la sécurité sociales. Le coût des maladies cardio-neurovasculaires s'est élevé en 2015 à 16 milliards d'euros. Pour titre de comparaison, les soins psychiatriques représentent le même montant de dépense, 13.5 milliards pour les cancers et 8 milliards concernant le diabète. La dynamique des dépenses ALD reste le principal facteur de hausse des dépenses d'assurance maladie.

¹ Préambule adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. À la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé

² « La France compte désormais plus de 10 millions de malades chroniques » Les Échos, Décembre 2016

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteints de syndrome coronarien?

Devant le nombre grandissant de ces pathologies et le caractère chronique et multifactoriel de celles-ci il a fallu adopter de nouvelles stratégies afin d'assurer une meilleure prise en charge de ces personnes.

Actuellement, les patients atteints d'une maladie chronique peuvent bénéficier de l'Education Thérapeutique du Patient, appelé aussi « ETP »

Selon l'OMS³, « *l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* ».

Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

L'ETP a pour but de former les patients à une autogestion de leur maladie chronique afin de faire face à leur suivi quotidien, gérer leur traitement, prévenir les complications tout en maintenant et/ou en améliorant leur qualité de vie. L'ETP, est réalisée par des soignants formés à l'éducation qui vont accompagner le patient (ainsi que sa famille) tout au long de son parcours et lui permettre d'acquérir des compétences afin de vivre au mieux avec sa maladie chronique. Cependant, à l'annonce de la maladie chronique, le patient peut passer par différentes phases d'adaptation qui vont aboutir à « l'acceptation » ou à la « non acceptation » de sa maladie chronique.

Par conséquent, le patient est-il dans la capacité d'entreprendre une ETP. Comme le dit Pascal (1623-1662 – Pensées) : « *on se persuade mieux, pour l'ordinaire, pour des raisons qu'on a soi-même trouvées, que par celles qui sont venues de l'esprit des autres* ».

Parmi toutes les maladies chroniques, la maladie coronarienne est celle pour laquelle l'ETP est récente. La maladie coronarienne se définit comme une maladie touchant les artères ayant pour fonction d'alimenter le cœur en sang (artères coronaires). Elle est généralement causée par l'athérosclérose, c'est-à-dire une accumulation de plaques à l'intérieur de la paroi des artères. Cette accumulation rétrécit peu à peu l'intérieur de la des artères et ralentit le flux de sang. Une réduction de l'apport

³ Rapport de l'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

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteints de syndrome coronarien?

sanguin au cœur peut provoquer une angine. Un débit sanguin diminué favorise la formation de caillots sanguins, ce qui aggrave l'obstruction des artères. La maladie coronarienne peut mener à un arrêt cardiaque.

Cette maladie, qui évolue au long cours, nécessite une attention de chaque instant. Si l'on éduquait déjà les personnes diabétiques à faire eux-mêmes leurs injections d'insuline, les programmes d'éducation pour les affections cardio-vasculaires sont relativement récents, et pourtant, ils auraient pu faire éviter bien des hospitalisations. Mais bien souvent, une fois sortis de l'hôpital, les patients se sentent guéris et oublient vite le caractère chronique de leur maladie. Si certains ne récidiveront pas et vivront plus ou moins « comme avant », d'autres vont subir plusieurs hospitalisations, leur cœur essayant de leur faire comprendre tant bien que mal que continuer ainsi n'est plus possible. Mais malgré ces alertes, certains patients continuent comme si de rien n'était et ne tentent pas de prendre le dessus sur leur maladie. Ce phénomène est appelé « non observance ».

Autour de nous, nous avons tous dans notre entourage, proches, parents, amis, voisins, qui souffrent d'une pathologie chronique. Certains ne se soignent pas ou du moins, ne se soignent pas « correctement », malgré une prise en charge médicale de leur maladie. Les traitements médicamenteux pris à la légère, une hygiène de vie pas toujours adaptée au vu de la pathologie, les facteurs de risques modifiables qui se définissent selon l'OMS comme « *des attributs, caractéristiques ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme* ». Pas si faciles que ça à les faire évoluer quand ils font partie de nos habitudes depuis des années. Le non-respect des rendez-vous médicaux, toutes ces choses qui poussent les soignants à qualifier un patient de « bon » ou de « mauvais » malade se résument sous le terme « d'observance » ou plutôt, s'ils ne sont pas respectés, de « non observance ». Si cette notion de non observance peut être retrouvée dans les pathologies dites aiguës, elle l'est d'autant plus dans les maladies chroniques et notamment dans les maladies cardiovasculaires dont les facteurs de risques sont nombreux et où les règles hygiéno-diététiques sont une part importante de la thérapeutique. De plus, il n'est pas rare qu'un patient ayant souffert d'un accident ischémique myocardique (appelé infarctus du myocarde), une fois la phase aiguë stabilisée et les symptômes disparus, se sente totalement guéri et ainsi



Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteint de syndrome coronarien?

prenne plus ses comprimés, se remette ou continue à fumer par exemple et ne prenne pas en compte son hypertension artérielle, son diabète et son problème de surpoids « J'ai échappé de peu à la mort », maintenant je profite de la vie ». Nous comprenons bien l'envie de ces patients de fuir la maladie, d'oublier ce « mauvais souvenir » que la prise pluriquotidienne de médicaments et de règles parfois contraignantes à respecter leur rappelle comme leitmotiv.

La confrontation à ce type de situation de la part des professionnels de santé et le recensement de lectures concernant la non-observance montre l'ampleur de ce phénomène.

En effet, les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde: il meurt chaque année plus de personnes en raison de maladies cardio-vasculaires que de toute autre cause.⁴

Nous estimons à 15 millions le nombre de décès imputables aux maladies cardio-vasculaires, soit 31% de la mortalité mondiale totale. Parmi ces décès, on estime que 7,4 millions sont dus à une cardiopathie coronarienne⁵ et 6,7 millions à un AVC.

Plus des trois quarts des décès liés aux maladies cardiovasculaires interviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

Il est possible de prévenir la plupart des maladies cardiovasculaires en travaillant sur les facteurs de risque comportementaux, le tabagisme, la mauvaise alimentation, l'obésité, la sédentarité et l'utilisation nocive de l'alcool.

Les personnes souffrant de maladies cardiovasculaires ou exposées à un risque élevé de maladies cardiovasculaires (du fait de la présence d'un ou plusieurs facteurs de risque comme l'hypertension, le diabète, l'hyperlipidémie ou une maladie déjà installée) nécessitent une détection précoce et une prise en charge comprenant soutien psychologique et médicaments, selon les besoins.

L'OMS affirme même « qu'optimiser l'observance médicamenteuse aurait plus d'impact en termes de santé mondiale que le développement de nouveaux

⁴ Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010-2011. Genève, OMS. Adresse : http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report-summary_fr.pdf?ua=1

⁵ Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: WHO; December 2012. Adresse : http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteint de syndrome coronarien?

médicaments », les conséquences de la non-observance étant à la fois médicales et économiques⁶.

Mes lectures se sont essentiellement basées sur l'importance du contrôle des facteurs des risques, de la même manière concernant la problématique des populations vulnérables (social, économique, culturel et situation géographique) ayant d'ores et déjà souffert d'un accident ischémique et en mettant en évidence l'importance de l'éducation thérapeutique. Cependant l'éducation thérapeutique n'est pas imposable et ne pourra être bénéfique au patient qui n'a pas fait la démarche le menant à l'acceptation de sa maladie chronique. Les différents articles qu'ils proviennent de magazines spécialisées ou de sites internet consacrés au corps soignant, s'adressent aux professionnels de santé dont les patients qu'ils ont en charge sont ouvert à une éducation thérapeutique, qui souhaitent être acteur de leur maladie mais peu déclarent comment accompagner un patient qui ne souhaitent pas prendre en main sa pathologie. Si de nombreux programmes d'éducation thérapeutiques sont déjà en œuvre et que ces derniers sont désormais bien cadrés au niveau législatif, qu'en est-il pour les patients qui ne souhaitent pas participer à ce type de programme ? Doit-on pour autant les laisser tomber ? Ne peut-on pas agir quand même ?

Suite à ces différents constats, j'ai ainsi poursuivi mes recherches autour de multiples concepts qui encadrent ma thématique.

A présent, je me pose les questions suivantes :

- L'éducation thérapeutique est-elle la solution pour ce type de patient ?
- Pourquoi le patient a-t-il des difficultés à adhérer à l'ETP ?
- Quels sont les pré-requis indispensables à une ETP de qualité ?

Par ces questions, j'ai pu délimiter une problématique qui est « **Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteint de syndrome coronarien ?** »

⁶ L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier, communiqué de presse OMS, 1er juillet 2003, Genève.

Adresse : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/>

1- Cadre théorique

La problématique constitue une opportunité de proposer un cadre théorique concernant l'Education Thérapeutique du Patient.

1.1. Au niveau historique

Dans un premier temps, il est important de montrer le lien entre la « promotion de la Santé », « l'Education pour la santé » et « l'Education Thérapeutique du Patient » et de distinguer l'Education pour la santé et Education Thérapeutique du Patient.

3.1.1. La promotion de la santé (Charte d'Ottawa en 1986)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la promotion de la santé en 1986 comme « *un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci* ».

Le but est de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens pour l'améliorer afin de parvenir à un état de bien-être.

De par cette définition, la santé est perçue comme une ressource de la vie. Cette dernière vise le bien-être du patient avant tout.

La promotion de la santé intègre la notion d'« empowerment », définie par Le Bossé et Lavallée en 1993⁷, c'est-à-dire que l'individu comprend ses besoins et qu'il possède sa propre expérience pour améliorer son niveau de santé.

3.1.2. L'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé a pour objectif que chaque individu acquière tout au long de sa vie les compétences, c'est-à-dire un savoir, un savoir-faire et un savoir être ainsi que les moyens nécessaires qui vont lui permettre d'obtenir un capital santé et une meilleure qualité de vie.

En résumé, l'éducation pour la santé aide chaque individu, en fonction des besoins, des attentes et des compétences qui lui sont propres, à comprendre l'information et à se l'approprier pour être en mesure de l'utiliser dans sa vie quotidienne.

⁷ Empowerment : appropriation ou réappropriation de son pouvoir
Adresse : <http://www.psychologue.levillage.org/sme1020/4a.html>

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteints de syndrome coronarien?

3.1.3. L'éducation thérapeutique du patient : fondements, principes et finalités

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé sur l'ETP⁸, cette dernière participe à l'amélioration de la santé du patient, de sa qualité de vie et à celle de ses proches. En effet, une ETP de qualité doit être centrée sur le patient, favoriser sa communication, être à son écoute, s'assurer de sa compréhension mais aussi l'aider à exprimer ses peurs, ses doutes en favorisant son implication. Tout ceci est consolidé par la relation de confiance, l'alliance thérapeutique, soignant/soigné. L'ETP fait partie de la prise en charge du patient. Elle concerne sa vie quotidienne en fonction de ses ressources, de l'évolution de sa maladie, de son mode de vie, de ses besoins mais aussi de ses capacités intellectuelles, financières, de sa culture et de son origine. L'éducation thérapeutique est donc un ensemble de pratiques visant à permettre au patient d'acquérir et de renforcer ses compétences afin de pouvoir prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins et sa surveillance en partenariat avec les soignants.

De cette définition, l'approche concrète de l'éducation thérapeutique devrait comporter des objectifs généraux et des objectifs secondaires répartis comme suit :

Education thérapeutique	
Objectifs	Permettre au patient (et à sa famille) atteint par une maladie chronique de retrouver son autonomie ; Eviter l'aggravation et/ou la survenue de complications ; Favoriser le retour du patient aux activités de la vie quotidienne
Moyens	Education du patient à sa maladie comprendre la maladie, les traitements, l'organisation et les procédures ambulatoires et hospitalières de prise en charge ; Education à la collaboration aux soins ; Education à l'observance du traitement ; Education à la santé pour favoriser l'adaptation de ces comportements personnels afin de préserver son potentiel santé.

Tableau 1 : Approche concrète de l'éducation thérapeutique

⁸H.A.S., Haute Autorité de Santé, Recommandation, 2007. *Education thérapeutique du patient. Définition, finalité et organisation.*

Adresse : www.syndicat-infirmier.com/Recommandations-de-la-HAS-sur-1.html

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteints de syndrome coronarien?

3.1.4. Distinction entre les notions

L'éducation pour la santé est un outil au service de la promotion de la santé définie par la Charte d'Ottawa (Annexe I). L'éducation thérapeutique du patient ou l'éducation du patient fait partie de l'éducation pour la santé. Sa spécificité est de s'adresser au patient et à sa famille. Elle aide les personnes atteintes d'une pathologie, à comprendre leur maladie et à gérer leur traitement, prévenir les complications et les rechutes. Le but recherché dans l'éducation pour la santé et l'ETP est le même, c'est-à-dire acquérir des compétences pour entretenir et développer son capital santé. Cependant, les démarches pédagogiques qui les sous-tendent ne sont pas similaires. Dans le cas de l'Education pour la Santé, la personne est estimée en bonne santé, le temps nécessaire à l'appropriation des compétences est sans conséquence, l'éducation intervient pour soutenir une réflexion et favoriser des apprentissages significatifs.

3.1.5. Les recommandations des différentes institutions

La maladie coronarienne est une maladie chronique qui se caractérise par sa durée, la perte des conditions antérieures de vie du patient, les traitements à vie (médicamenteux ou non) qui doivent permettre de soigner la maladie et de retarder les éventuelles complications. Elle implique pour le soignant et pour le patient de ne pas croire à la guérison mais d'apprendre à vivre avec la pathologie chronique.

Le programme national de réduction des risques cardiovasculaires 2002-2005⁹ attire mon attention sur deux points. Le premier concernant la prévention en agissant sur les facteurs de risques, encourager les patients à être acteur de leur santé, puis le second point c'est l'ETP, en encourageant le dépistage des facteurs de risques dans l'entourage du patient.

Dans le guide « *la prise en charge de votre maladie coronarienne* »¹⁰ (Annexe II, III IV et V) destiné aux patients, la HAS évoque l'éducation thérapeutique comme moyen permettant de comprendre la maladie coronarienne, les bénéfices des

⁹ Présentation du programme national des risques cardio – vasculaires 2002 – 2005, communiqué de presse du 05/02/2002, Adresse : <http://sante.gouv.fr>

¹⁰ HAS. Guide affection de longue durée - guide patients : La prise en charge de votre maladie coronarienne, novembre 2007, Adresse : <http://www.has-sante.fr/>

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteints de syndrome coronarien?

traitements, de se former à un nouveau mode de vie (arrêt du tabac, activité physique, alimentation). Elle doit être continue et doit intéresser aussi l'entourage proche du patient.

Dans le guide médecin « *maladie coronarienne* » réalisé par la HAS¹¹, la prise en charge thérapeutique de la maladie coronarienne et du contrôle des facteurs de risques ont les objectifs suivants : l'allongement de la survie, l'amélioration de la qualité de vie, le ralentissement, la régression de l'athérosclérose, la prévention de la récurrence, la réduction de la mortalité et le suivi du patient. Cette prise en charge renvoie notamment à l'éducation thérapeutique qui a pour objectif l'amélioration de la qualité de vie d'un individu ayant une maladie chronique, impliquant une équipe pluridisciplinaire.

Les définitions de l'OMS, les recommandations des institutions, de l'HAS vont dans le même sens et incitent au développement de l'ETP dans la prise en charge des maladies coronariennes. Cependant, il faut noter que l'ETP est dans certains textes restreinte à des conseils ou informations donnés aux patients. C'est ce qui est fait le plus souvent actuellement mais qui n'est pas suffisant à long terme. Apprendre à vivre avec sa maladie passe par la mise en œuvre d'une démarche éducative personnalisée.

Dans cette partie, nous avons vu évoquer le cadre théorique concernant l'éducation thérapeutique du patient qui doit être renforcé et en lien avec le cadre législatif.

¹¹ HAS. Guide affection de longue durée - guide médecin : maladie coronarienne, mars 2007, Adresse : <http://www.has-sante.fr>

2- Cadre législatif

L'éducation thérapeutique du patient est régie par un cadre législatif.

Depuis environ une vingtaine d'année, l'éducation thérapeutique s'est développée en France de manière assez timide et sans cadre légale, sans qu'aucun texte de loi ne la régleme totalement.

C'est sous l'impulsion des professionnels de santé de son bien-fondé, et notamment chez les individus atteints de pathologies chroniques que l'éducation thérapeutique a su démontrer, au fil du temps, son intérêt dans la politique de santé publique à long terme.

Tout d'abord, si nous nous référons au Code de la Santé Publique (CSP)¹², à travers son article R4311-1, la profession paramédicale consiste en « [...] *l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques, et à la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. [...]* ». Dans le même code, l'article R4311-2 ajoute que les soins infirmiers sont réalisés « *dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologiques, psychologique, économique, sociale et culturelle* ».

Ces soins ayant pour objectifs de « *protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social.* » mais également « *de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet et leurs prescriptions* » et « *de participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes.* »

L'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique font donc partie intégrante des actes professionnels de l'infirmier. Il les exerce particulièrement dans le cadre du rôle propre qui lui est dévolu par l'article R4311-13 : « Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'un individu ou d'un groupe de personne [...] *il identifie les besoins de la personne,*

¹² Code de la santé publique : Adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913888>

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteints de syndrome coronarien?

pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. ».

Il en résulte qu'avant Août 2010, la parution des décrets et des arrêtés d'application relatifs à l'éducation thérapeutique, les professionnels de santé qui souhaitaient s'adonner à cette activité avaient pour seul référentiel un guide élaboré par la Haute Autorité de Santé : « *Structuration d'un programme d'Education Thérapeutique du patient, guide méthodologique* », constitué de recommandations pour une mise en œuvre durable de leurs programmes. En 2008, le rapport Saout¹³, qui vise à définir une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient, instaure les bases de celle-ci en définissant les modèles d'éducation thérapeutique les plus pertinents au regard du système de soins français, précise les modalités nécessaires à leur mise en œuvre, propose, à côté des actions d'éducation thérapeutiques, une typologie des actions d'accompagnement à la qualité et d'aide à l'observance.

Suite à ce rapport, la Loi n°2009-879, dite également Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), par son article 84 a introduit l'éducation thérapeutique du patient au sein de la législation française. Elle a créé les agences régionales de santé (ARS) qui se voient chargées, au niveau local, de la mise en œuvre des politiques de santé publique. Elles doivent aussi autoriser les programmes d'ETP qui leur seront soumis par les porteurs de projet. Cette loi a permis de créer dans le Code de la santé publique un Titre IV relatif à l'« *Education Thérapeutique du Patient* ». Les articles L1161-1 à 1162-1 de ce Code constituent désormais le nouveau cadre juridique de l'éducation thérapeutique. Une définition y est donnée dès le début par l'article L1161-1 qui la définit de manière générale et comme « *s'inscrivant dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie* ».

2.1. Article L1161-1 : Créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art.84

Dans cet article, nous pouvons constater que l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient le plus autonome tout en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.

¹³ SAOUT C., CHARBONNEL B. et BERTRAND D., *Pour une politique nationale d'Education thérapeutique du Patient*. Rapport présenté à Roselyne BACHELOT, Ancienne Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative par Christian SAOUT, Représentant des usagers au collège de la HAS.

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteint de syndrome coronarien?

Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret.

Dans le cadre des programmes ou actions définis aux articles L.1161-2 et L.1161-3, tout contact direct entre un malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro est interdit.

2.2. Article L1161-2 : Créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art.84

Au sein de cet article de loi, les programmes d'éducation thérapeutique du patient doivent être conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministère chargé de la santé. Par la suite, ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé.

De plus, tous ces programmes sont évalués par la suite par la HAS dans le cadre de visite de certification.

2.3. Article L1161-3 : Créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art.84

Il en ressort dans cet article que les actions d'accompagnement font partie de l'évaluation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles doivent obligatoirement être conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministère chargé de la santé comme évoqué auparavant.

2.4. Article L1161-4 : Créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art.84

Au sein des articles L.1161-2 et L.1161-3, les programmes ou actions définis ne peuvent être ni élaborés ni mis en œuvre par des entreprises se livrant à l'exploitation d'un médicament, des personnes responsables de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro ou des

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteints de syndrome coronarien?

entreprises proposant des prestations en lien avec la santé. Toutefois, ces entreprises et ces personnes peuvent prendre part aux actions ou programmes mentionnés aux articles L.1161-2 et L.1161-3, notamment pour leur financement, dès lors que les professionnels de santé et des associations mentionnées à l'article L.1114-1 élaborent et mettent en œuvre ces programmes ou actions.

2.5. Article L1161-4 : Créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art.84

L'article L1161-4, nous explique dans ses grandes lignes que les programmes d'apprentissage ont pour simple but l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant.

Ces programmes sont mis en œuvre par des professionnels de santé pouvant être financé par l'entreprise se livrant à l'exploitation du médicament.

Il ne peut y avoir de contact direct entre l'entreprise et le patient ou, le cas échéant, ses proches ou encore ses représentant légaux.

Le programme d'apprentissage est proposé par le médecin prescripteur à son patient car il ne peut donner lieu à des avantages financiers ou en nature.

Ces programmes d'apprentissage ainsi que les documents et autres supports relatifs à ces derniers sont soumis à une autorisation délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, après avis des associations mentionnées à l'article L.1114-1 et pour une durée limitée.

Si les programmes d'apprentissage ou les supports relatifs à ces programmes ne respectent pas les dispositions de l'autorisation et, le cas échéant, ordonne l'arrêt immédiat des actions mises en place et le retrait des documents diffusés.

2.6. Article L1161-4 : Créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art.84

Plus d'un an après l'entrée en vigueur de cet article 84 de la loi HPST, deux décrets datant du 2 août 2010¹⁴¹⁵, ont créé une partie réglementaire relative à sa mise en œuvre.

¹⁴ Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. Disponible sur Legifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/8/2/SASH1017847D/jo>

¹⁵ Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient. Disponible sur Legifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/8/2/SASP1007571D/jo/texte>

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteint de syndrome coronarien?

Le premier concerne les compétences requises pour dispenser de l'éducation thérapeutique, et le second porte sur les conditions d'autorisation de mise en place de programmes.

Cependant trois ans plus tard, le décret n°2013-449 du 13 mai 2013¹⁶ et l'arrêté du 13 mai 2013¹⁷, redéfinissent de nouveaux référentiels de compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient à partir de différents travaux menés par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Il est placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé ainsi que de nombreux partenaires, du fait d'une forte croissance du nombre de d'individus atteintes de maladies chroniques en France mais également que l'éducation thérapeutique du patient soit un enjeu de santé publique.

Le but de ces référentiels servent de support de réflexion et d'analyse de pratiques pour les personnes ou les équipes qui conçoivent, mettent en œuvre, coordonne ou évaluent des démarches, programmes, activités d'éducation thérapeutique. De plus, ils vont servir aux formateurs d'éducation thérapeutique qui peuvent y trouver des pistes pour concevoir des séquences de formations ou pour vérifier l'adéquation de leur offre de formation aux besoins des praticiens et des coordonnateurs de l'éducation thérapeutique.

Ensuite, un nouvel arrêté apparaît : l'arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement.

L'arrêté du 14 janvier 2015 modifie l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient qui a été publié le 23 janvier au Journal Officiel.

Les principales nouveautés de cet arrêté par rapport à celui du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande d'autorisation, qu'il abroge, sont :

- Un minimum de 40 heures de formation est nécessaire pour coordonner l'éducation thérapeutique.

¹⁶ Décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. Disponible sur Légifrance :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2013/5/31/AFSH1300414D/jo>

¹⁷ Arrêté du 31 mai 2013 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. Disponible sur Légifrance :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027482106&categorieLien=id>

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteints de syndrome coronarien?

- Tous les intervenants dans un programme d'éducation thérapeutique doivent justifier de compétences en ETP (c'était le cas pour « un intervenant au moins » dans le précédent arrêté).
- Une annexe de présentation de la charte d'engagement pour les intervenants des programmes est jointe au texte.
- Une annexe pour les demandes de renouvellement d'un programme d'ETP est jointe.

Parmi les principales nouveautés introduites par cet arrêté, nous pouvons noter qu'un minimum de 40 heures de formations est exigé afin de coordonner l'éducation thérapeutique. Ces heures de formations doivent être distinctes des 40 heures nécessaires pour dispenser l'ETP puisque les référentiels de compétences liées aux deux activités, c'est-à-dire la pratique et la coordination, sont différentes (annexe 1 pour les compétences pour dispenser l'ETP et en annexe 2 pour les compétences pour coordonner l'ETP) de l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient.

Les coordonnateurs de programmes devront donc suivre 80 heures de formations s'ils interviennent d'une quelconque façon dans le programme d'ETP (40h de formation pour dispenser + 40h de formation pour coordonner). S'ils n'interviennent pas dans le programme d'ETP mais uniquement sur des activités de coordination, ils pourront suivre uniquement 40h de formation de coordinateur.

L'inscription de l'éducation thérapeutique du patient dans un cadre juridique a permis à cette activité de se développer considérablement ces dernières années. Cependant, si l'on se réfère aux professionnels de santé, cet acte n'est pas encore reconnu comme un soin à part entière et peine à trouver les financements et moyens nécessaires, malgré une utilité et une efficacité reconnue en terme de diminution du nombre d'hospitalisation.

Après avoir décrit le cadre théorique et législatif, nous allons maintenant nous intéresser à l'impact économique de l'éducation thérapeutique notamment par ses financements divers.

3- Impact économique de l'éducation thérapeutique

3.2. Des financements significatifs, peu transparents et éclatés

Avant de chercher à évaluer le financement de l'ETP, il est nécessaire de préciser d'abord le périmètre de ce financement. Cette clarification peut se faire à partir des différentes phases de la prise en charge de l'ETP :

- Identification du besoin et orientation : Médecin traitant, médecin spécialiste, praticien conseil de l'assurance maladie, associations de patients ;
- Diagnostic éducatif ;
- Réalisation du programme éducatif
- Suivi éducatif et proposition éventuelle d'une nouvelle offre d'ETP en lien avec le suivi médical.

3.3. Les financements publics

Selon le ministère de la santé, il appartient aux pouvoirs publics (ARS, et Caisse Primaire d'Assurance Maladie : CPAM), sur la base des financements qui leur sont octroyés, de financer les programmes d'ETP qui répondent aux priorités régionales ou ciblées par le cahier des charges national des programmes d'ETP. Ces financements publics, disponibles pour l'ETP sont majoritairement destinés aux malades chroniques.

Les établissements de soins de suite, ayant pour mission d'éduquer et de rééduquer leurs patients, ne peuvent pas être financés par leurs programmes d'ETP. Cependant, l'ETP faisant partie de leurs missions ils peuvent être financés par les fonds de l'établissement.

A l'hôpital, le financement de l'éducation thérapeutique repose en grande partie sur des ressources hors tarification T2A (dotation globale), mobilisées et distribuées pour les établissements concernés sur des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

3.3.1. Le financement des MIGAC

Ce financement avoisine 66.6 millions d'euros en 2010 sur la mission d'intérêt général mentionnée¹⁸ : « Actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques, et notamment aux pathologies respiratoires, aux pathologies cardiovasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et au VIH ».

Le montant couvre l'ensemble des catégories d'établissements :

- 46.4 dans les Centre Hospitalier Universitaire (CHU) ;
- 16.1 dans les Centre Hospitalier (CH) ;
- 1.8 dans les Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC) ;
- 1.4 dans les établissements à but non lucratif ;
- 0.8 dans les cliniques privées à but lucratif.

Une enquête a permis d'obtenir une première estimation de l'activité. Cette enquête se nomme DHOS/MT2A réalisé en novembre 2007 à laquelle ont répondu 239 établissements (Annexe VI).

Activité	Nombre d'équipes déclarées	Nombres d'établissements répondants
Diabète	199	179
Asthme	89	84
Pathologies cardio-vasculaires	99	88
BPCO	40	39
Obésité	61	60
Insuffisance rénale	40	39
Stomathérapie	93	95

Tableau 2 : Education thérapeutique à l'hôpital

Sources : DHOS/MT2A, novembre 2007 (enquête non publiée)

De cette enquête ressort quelques chiffres clés :

- On dénombre en moyenne 2.8 équipes d'éducation thérapeutique par établissement.
- L'effectif moyen par équipes est de 0.33 ETP de médecin et 1.4 ETP de personnel non médical (dont 0.85 ETP d'infirmière). Sur cette base, le montant moyen de charges estimé par équipe est de l'ordre de 120 000 euros.

Pour les acteurs de l'ETP, ce financement par les MIGAC est perçu à la fois comme opaque, mais aussi comme générateur d'inégalité voire même d'inefficience dans la

¹⁸ Direction générale de l'offre de soins. Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général. http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2012/03/Guide_de_contractualisation_des_dotations_financant_les_MIG-3.pdf

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteint de syndrome coronarien?

mesure où certains établissements n'ont pas eu de moyens supplémentaires alors qu'ils se sont largement engagés dans l'ETP.

L'absence de lien entre le nombre de malades pris en charge et les moyens déployés, du fait du caractère globalisé du financement à la structure, n'entraînent aucune incitation à l'efficacité.

3.3.2. Les Agences Régionales de santé (ARS)

L'ETP s'inscrit naturellement au sein des programmes régionaux de santé de chaque ARS, soit dans le Schéma Régional d'Offre de Soins (SROS), soit dans le schéma Régional de Prévention, en tant qu'offre de soins à part entière déployée tant à l'hôpital qu'en ville.

Les fonds qui permettent aux ARS de financer les programmes d'ETP sont fusionnés dans le Fonds d'Intervention Régional (FIR). Le FIR regroupe, au sein d'une même enveloppe globale, des crédits antérieurement fléchés qui répondent à des objectifs complémentaires de politique de santé :

- La permanence des soins ;
- La performance et la qualité des soins ;
- Les actions de prévention et de santé publique ;
- Les actions en matière d'ETP.

Ces crédits sont versés à la structure porteuse du programme qui a reçu l'autorisation, que l'ETP soit délivrée dans un établissement de santé ou dans des maisons ou pôles de santé. Des financements sont aussi dirigés vers des structures d'appui, telles que les Pôles de Ressources en ETP, les Unités Transversales d'Education du Patient (UTEP, UTET), les plateformes de ressources en ETP.

Dans un contexte budgétaire contraint, les ARS orientent leur financement en fonction des priorités régionales fondées sur l'état de santé de la population. Les actions innovantes sont le plus souvent financées via les appels à projets ciblés, notamment lorsque les besoins de la population ne sont pas couverts.

3.3.3. Les appels à projets (AAP)

L'ETP étant un champ « récent » de la médecine et sa déclinaison sur le sol national en plein essor depuis la loi HPST de juillet 2009, des appels à projets lui sont régulièrement dédiés ou peuvent s'y rattacher.

Ils peuvent émaner d'établissements publics comme privés et notamment de pôles et maisons de santé, mais aussi d'équipes d'exercice coordonné (libéral).

- **Pour un programme** : l'AAP permet le financement de la formation de 2 professionnels et un forfait de 250 euros par patient pour les séances d'ETP.
- **Pour une Action Educative Ciblée Personnalisée** : Forfait de 80 euros par action ciblée personnalisée et par patient.

3.3.4. La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)

La CPAM est un organisme de droit privé exerçant une mission de service public. Elle développe une politique de prévention et de promotion de la santé ainsi qu'une politique d'action sanitaire et sociale. Dans ce cadre, le financement de l'ETP passe essentiellement par le Fond National de Prévention et d'Education en Information Sanitaire (FNEIPS). C'est-à-dire que ce sont des fonds consacrés aux projets développés dans le cadre des priorités régionales de prévention.

3.3.5. Les associations de malades

Certaines associations de malades (alliance du cœur, association française des diabétiques...) peuvent compléter le financement d'un programme pour sa mise en œuvre. Cette stratégie se justifie au regard des objectifs poursuivis par les associations (soutien et accompagnement des personnes malades et de leur entourage).

3.4. Les financements privés

3.4.1. L'industrie pharmaceutique

Selon la loi HPST, l'industrie pharmaceutique ne peut ni concevoir ni mettre en œuvre un programme d'ETP. Cependant, elle est autorisée à les financer comme par

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteint de syndrome coronarien?

exemple le financement d'outils de formations. L'industrie pharmaceutique est d'ailleurs un acteur historique dans le financement de l'ETP. La collaboration est facilitée lorsque la prise en charge de la pathologie nécessite un traitement régulier, dans la mesure où il n'y a pas de contact direct avec les malades, ce qui est interdit par la loi.

3.4.2. Les fondations d'entreprise

Les fondations d'entreprises, en particulier dans l'industrie pharmaceutique ou les assurances, ont souvent dans leurs missions le soutien et l'accompagnement de personnes atteintes de maladies chroniques avec pour simple objectif de participer à l'amélioration de leur qualité de vie. Ces fondations sont aussi parfois à l'origine d'appels à projets.

3.5. Les autres organismes « ressources » non financeurs

Cependant, la recherche de partenaires pour le financement, un soutien est possible grâce à des organismes ou structures œuvrant dans le champ de l'ETP en s'appuyant sur leurs compétences et leurs ressources.

3.5.1. Les IREPS : Instances Régionales d'Education et de la Promotion de la Santé

Ils sont nés de la fusion des Comités départementaux d'éducation pour la santé, elles proposent aux acteurs de terrain des ressources documentaires, diverses prestations d'aide, de conseil ou de formation dans le domaine de la promotion de la santé.

Les IREPS sont financés en majorité par les ARS et l'INPES, chaque centre régional définit ses priorités d'action, dont l'ETP fait partie.

Bien qu'essentiellement tournées vers les professionnels de santé, ces instances ont vocation à accompagner et aider toutes les personnes engagées dans le soutien aux malades.

Par exemple sur la Bretagne : il existe l'Antenne 22 à Saint-Brieuc, Antenne 29 à Quimper, Antenne 35 à Rennes, Antenne 56 à Auray.

3.5.2. Le Pôle Régional ETP Bretagne

C'est un dispositif coordonné et animé par l'IREPS Bretagne, financé par l'ARS, il permet de soutenir le développement de l'ETP, de contribuer à une meilleure couverture du territoire et ainsi améliorer la qualité de prise en charge du patient malade chronique, par une approche transversale.

Un appui aux acteurs est nécessaire pour améliorer la qualité des actions d'ETP :

- Développer la connaissance de l'offre de formation en région ;
- Faire évoluer et coordonner une offre de formation continue ;
- Créer des partenariats avec les organismes de formation initiale et universitaire ;

Ensuite des échanges et une diffusion de pratiques est utile pour renforcer la collaboration entre les acteurs par le biais des groupes de travail thématiques et par une orientation d'échanges entre les coordinateurs des plateformes territoriales en ETP.

3.5.3. Les Plateformes Territoriales d'ETP

Les missions des plateformes territoriales sont multiples. Tout d'abord elles apportent un appui aux acteurs pratiquant l'ETP en leur apportant une aide méthodologique (conception de programmes, demande d'autorisation à l'ARS, création d'ateliers, évaluations, recrutement de patient...). Ensuite ces dernières proposent une mise en lien des professionnels de santé entre eux (ville-hôpital) et avec les instances régionales. Les plateformes territoriales permettent également un recensement et une communication des programmes et une orientation vers les formations.

Dans un second temps, ces plateformes servent également d'orientation des professionnels de pratiquant pas l'ETP en les dirigeant vers les programmes existant afin de guider les patients vers les équipes pratiquant l'ETP.

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteints de syndrome coronarien?

3.5.4. UTEP ou UTET : Unité Transversales d'Education du Patient ou d'éducation Thérapeutique

Ce sont des structures rattachées à des établissements hospitaliers. Elles ont pour missions d'accompagner les équipes soignantes impliquées dans un programme d'ETP ou porteuses d'un projet d'ETP. Elles les aident à développer et à formaliser leurs activités d'ETP proposant une coordination et des ressources méthodologiques.

3.5.5. Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) : Un soutien pour les professionnels dans l'organisation des parcours de santé complexes

Les professionnels de santé et en particulier les médecins traitants sont de plus en plus souvent confrontés à des patients présentant plusieurs pathologies, elles-mêmes parfois associées à des problèmes sociaux, psychosociaux ou économiques. Pour organiser des fonctions d'appui dans les territoires, les ARS peuvent mettre en place des PTA qui sont prévues à l'article 74 de la loi de modernisation du système de santé, en s'appuyant sur les initiatives des professionnels de santé, notamment ceux de ville et des communautés professionnels territoriales de santé, en vue du maintien à domicile, avec l'élaboration d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS).

L'objectif est d'apporter un soutien pour la prise en charge des situations complexes, sans distinction d'âge ou de pathologie, à travers 3 types de services :

- L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociale et médico-sociales de leurs territoires pour répondre aux besoins des patients avec toute la réactivité requise.
- L'appui à l'organisation des parcours complexes : organisation des admissions en établissement et des sorties, une coordination des interventions des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour du patient.
- Apporter un soutien aux pratiques et aux initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination. Dans ce domaine, la plateforme appuie de manière opérationnelle et logistique les projets des professionnels de santé.

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteint de syndrome coronarien?

3.5.6. Les Centres de santé – Pôles santé – Maison de santé

Ce sont des structures de proximité regroupant des professionnels de santé exerçant en ambulatoire (représentant environ 5% des professionnels libéraux). Elles assurent principalement des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours, et mènent également des actions de santé publique, des actions de prévention et d'éducation pour la santé et des actions d'ETP.

3.5.7. Les associations libérales de proximité (ALP)

Ce sont des associations composées de professionnels de santé libéraux d'un même bassin de vie, les ALP ont pour vocation à être forces de propositions (exemple : organisation du virage ambulatoire), vecteur de communication. Bien, qu'elles s'adressent à l'ensemble des professionnels de santé, le patient demeure le premier bénéficiaire de leurs actions.

Nous allons maintenant aborder dans la quatrième partie, l'apparition de la maladie coronarienne affectant de multiples patients.

4- Généralité sur les maladies cardio-vasculaires

4.1. Définition et épidémiologie

Il s'agit de l'ensemble des maladies qui touchent le cœur et les vaisseaux sanguins¹⁹.

Elles comprennent :

- Les cardiopathies coronariennes ;
- Les maladies cérébro-vasculaire ;
- Les artériopathies périphériques ;
- Les cardiopathies rhumatismales, affectant le muscle et les valves cardiaques et résultant d'un rhumatisme articulaire aigu, causé par une bactérie Streptocoque ;
- Les malformations cardiaques congénitales ;
- Les thromboses veineuses et les embolies pulmonaires.

Ces maladies ont un impact considérable sur la mortalité, la morbidité et le coût de la santé, dans le monde. Il meurt chaque année dans le monde plus de personnes en raison de maladies cardio-vasculaires que de toute autre cause. Toutefois, l'impact varie en fonction de l'âge, du sexe, de la situation économique et de la région géographique.

Comme mentionné auparavant, nous estimons à 15 millions le nombre de décès imputables aux maladies cardio-vasculaires, soit 31% de la mortalité mondiale totale. Parmi ces décès, on estime que 7,4 millions sont dus à une cardiopathie coronarienne et 6,7 millions à un AVC.

En Europe, la maladie cardio-vasculaire est responsable de 47% des décès, toute cause confondue²⁰.

En France, selon une étude statistique de l'Institut National de la santé et de la Recherche Médicale (INSERM) publié en 2004, la maladie cardio-vasculaire représente la première cause de mortalité chez les femmes et la deuxième cause chez les hommes (après le cancer) jusqu'à l'âge de 65 ans. Après l'âge de 65 ans, elle occupe la première place dans les deux sexes. Globalement, les maladies

¹⁹ Aide-mémoire de l'OMS sur les maladies cardio-vasculaire. Janvier 2015

²⁰ European Heart Network and European Society of Cardiology, European Cardiovascular Disease Statistics. 2012 Edition; Adresse : <http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html>.

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteints de syndrome coronarien?

cardiovasculaires sont responsables de 29% des décès avec une part importante attribuée aux cardiopathies d'origine ischémique.

L'amélioration de la prise en charge de la prévention primaire (avant l'apparition des signes cliniques de la maladie) et en prévention secondaire (après son apparition) est indispensable afin de réduire le nombre de décès et d'améliorer la qualité de vie des patients.

Cependant, avec le vieillissement continu de la population, l'incidence de la maladie cardio-vasculaire reste très peu inchangée.

On estime, qu'en 2050, en Europe, que plus d'un quart de population aura plus de 65 ans, il est fort probable que l'incidence des maladies cardio-vasculaires va s'accroître.

La prévention est efficace car elle permet tout de même de réduire la mortalité de 40% par l'utilisation de traitements adaptés et de 54% par la prise en charge et le contrôle des facteurs de risques²¹. Ceci montre bien l'impact d'une modification d'une hygiène de vie dans la prévention secondaire des maladies cardiovasculaires.

4.2. La maladie coronarienne

La maladie coronarienne a pour principale origine l'athérosclérose qui touche les artères de gros et moyen calibre dont les artères coronaires.

Pour rappel, la paroi de l'artère normale est constituée de trois tuniques : l'intima (comprenant l'endothélium et l'espace sous-endothélial), la media (couche musculaire de l'artère séparée de l'intima par la limite élastique interne) et l'adventice.

²¹ Santé.gouv – les grandes lignes du rapport. Adresse : <http://solidarites-sante.gouv.fr/les-grandes-lignes-du-rapport>

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteint de syndrome coronarien?

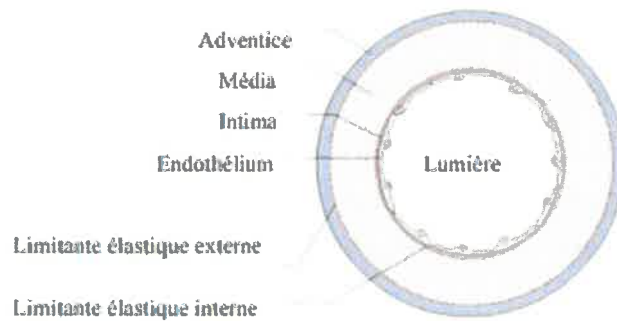


Figure 1 : Artère en coupe schématique

L'athérosclérose est une maladie de l'artère qui peut se décomposer en trois étapes :

- Pénétration et accumulation des lipoprotéines de basse densité (LDL-Cholestérol) dans l'intima qui vont s'oxyder ;
- Recrutement de monocytes circulant dans le sang qui pénètrent dans l'espace sous-endothélial, se transforment en macrophages et cellules spumeuses sous l'influence de différents facteurs entraînant une réaction inflammatoire chronique ;
- Formation de la plaque mature constituée d'un centre ou cœur athéromateux ou lipidique.

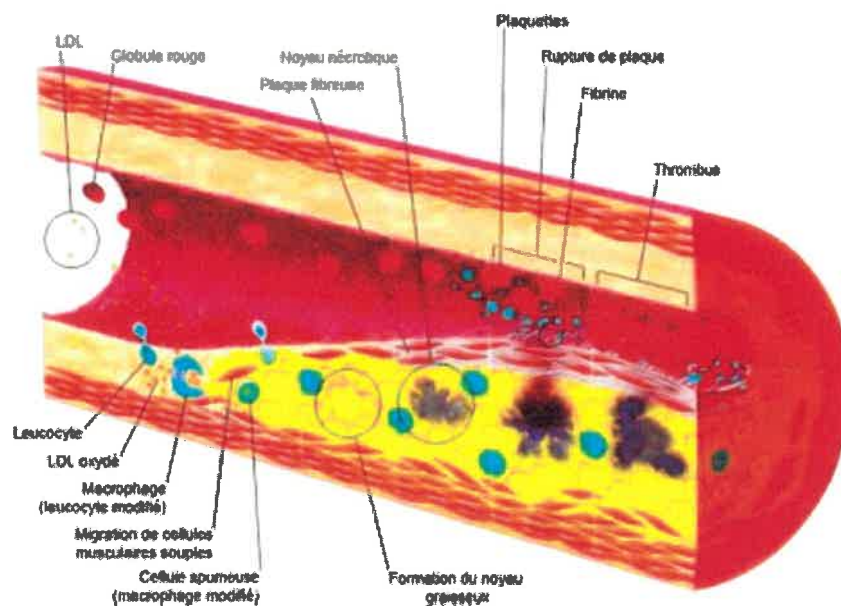


Figure 2 : Formation et progression de l'athérosclérose

Progressivement, cette plaque d'athérome s'introduit dans la lumière artérielle et entraîne donc une sténose artérielle qui, au fur et à mesure, évolue pour finir par être significative, responsable de l'ischémie myocardique silencieuse puis douloureuse (angor d'effort). Le risque peut aller jusqu'à une coupure de cette plaque pouvant conduire à la thrombose artérielle responsable de syndromes coronariens aigus (SCA) :

- **SCA ST-** : angor instable et infarctus du myocarde (IDM) sans onde Q (électrocardiogramme) en cas de thrombose incomplète, responsable d'un rétrécissement brutal de la lumière de l'artère entraînant une hypo perfusion myocardique ;
- **SCA ST+** : IDM avec onde Q (électrocardiogramme), en cas de thrombose complète, responsable d'une occlusion prolongée de l'artère coronaire entraînant des dégâts myocardiques plus au moins étendus avec apparition d'une onde Q sur l'électrocardiogramme (ECG).

L'athérosclérose est une maladie multifactorielle, influencée par différents facteurs de risques cardio-vasculaire que nous allons détailler dans le paragraphe suivant.

4.3. Les facteurs de risque cardio-vasculaire

4.3.1. Généralités

Un facteur de risque cardio-vasculaire (FDRCV) peut être défini comme un état clinique qui augmente le risque de survenue d'un événement cardio-vasculaire donné.

Pour cela, la prévention des maladies cardio-vasculaires repose sur la prise en charge de différents facteurs de risques :

- **La prévention primaire**, qui concerne les patients qui n'ont pas de pathologie cardio-vasculaire connue et le but est de dépister et de prendre en charge les FDRCV afin d'éviter la survenue d'une maladie cardio-vasculaire ;
- **La prévention secondaire**, qui concerne les patients ayant eu un angor, un IDM, un AVC et l'objectif est de contrôler les FDRCV afin de limiter la

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteints de syndrome coronarien?

survenue de complications ou de récurrences de la maladie cardio-vasculaire déjà existante²².

Les FDRCV peuvent être classés selon leur lien de causalité avec la maladie cardiovasculaire. A savoir :

- **Les FDR (Facteur De Risques) non modifiables** : l'âge et le sexe supérieur à 50ans chez les hommes et de 60 ans chez les femmes, les antécédents familiaux au premier degré de la maladie coronarienne avant 55 ans chez les hommes et 65 ans chez les femmes.
- **Les FDR modifiables** : le tabagisme actif ou sevré depuis moins de 3 ans, la dyslipidémie (LDL cholestérol >1,60 g/l, HDLc < 0,40 g/l), le diabète traité ou non, l'hypertension artérielle (HTA).
- **Les facteurs prédisposant** : la sédentarité, la surcharge pondérale (Indice de Masse Corporelle (IMC) > 25kg/m²) notamment une obésité (IMC> 30kg/m²) et en particulier une obésité abdominale (augmentation du périmètre ombilical), une consommation excessive d'alcool, le stress et la précarité.

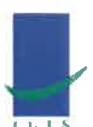
Certains de ces facteurs de risques ne sont pas modifiables comme l'âge, le sexe, l'hérédité coronarienne et l'origine géographique mais en revanche les autres facteurs de risques le sont et c'est sur ces derniers que vont reposer la prévention primaire et secondaire.

4.3.2. La prise en charge des FDR en prévention secondaire

La maladie coronarienne est une maladie multifactorielle dont les relations entre les différents facteurs de risques doivent être synergiques. Le profil des facteurs de risque d'un patient doit être évalué afin de déterminer son risque de récurrence d'un événement cardio-vasculaire ainsi que le risque de progression de la cardiopathie ischémique.

Les facteurs de risques modifiables continuent à jouer un rôle primordial dans le risque de récurrence d'un événement cardio-vasculaire chez le patient. Ainsi, une implication plus forte visant à modifier les facteurs de risques est nécessaire dans le traitement et la prévention secondaire des maladies cardio-vasculaires.

²² ANAES, Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global. Recommandations: Paris. ANAES. 2004.
Adresse : http://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Risque_cardio_va_sculaire_rap.pdf



Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteints de syndrome coronarien?

De ce fait, cela impacte directement les modes de vie des patients en agissant notamment :

- **Sur le sevrage tabagique.** L'arrêt de tabac après un problème coronarien est la mesure la plus efficace de toutes les mesures préventives. En effet, d'après une analyse de 20 études de cohorte sur l'arrêt du tabac après un IDM, ce dernier a montré un bénéfice sur le taux de mortalité par rapport au tabagisme actifs. Le risque cardio-vasculaire rejoint presque le risque des personnes n'ayant jamais fumé après 10-15ans²³.
- **Le régime alimentaire.** Le changement de comportement alimentaire est une des bases également dans la prévention secondaire de la pathologie puisqu'il va freiner plusieurs FDRV : le poids, l'hypertension artérielle, le cholestérol et le diabète de type 2.
- **L'activité physique.** La sédentarité est un facteur de risque cardio-vasculaire important, il a été démontré que la pratique d'une activité physique régulière diminue le risque de survenue d'événements coronariens chez les individus en bonne santé et chez ceux avec une pathologie cardio-vasculaire avérée. Les recommandations préconisent des activités physiques en condition aérobie (marche, vélo, course à pied...), par sessions d'au moins 30 minutes, à raison de 3 à 4 fois par semaine²⁴.

4.3.3. Le parcours de soin du patient victime d'un infarctus du myocarde

Dans le cadre de l'ischémie et de la thrombose, le traitement peut se faire par :

- Destruction du caillot (thrombolyse) par voie veineuse, opérée dans le cadre du SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) ;
- Par angioplastie : dilatation coronarienne avec ou sans pose de stent (filtre métallique laissé en place) ;
- Par pontage coronarien.

Le traitement dépendra de la proximité d'un lieu de prise en charge cardiaque et du résultat de la coronarographie en post-thrombolyse.

²³ Critchley, J. and S. Capewell, Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev, 2004.

²⁴ Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé 2010.

Adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44436/1/9789242599978_fre.pdf

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteint de syndrome coronarien?

Dans le cas d'une intervention chirurgicale, les patients séjournent de 8 à 10 jours à l'hôpital, 5 à 6 jours pour ceux qui ont bénéficié d'un pontage et enfin 3 à 4 jours dans le cas d'une dilatation angioplastique.

A l'issue de l'hospitalisation, un séjour en centre de rééducation cardio-vasculaire leur est proposé, selon le prescripteur. Ce séjour est présenté soit au cours d'une hospitalisation durant environ 3 semaines, soit sur un mode ambulatoire pour une vingtaine de séances habituellement.

Selon la définition de l'OMS, la réadaptation cardiaque est « *l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie cardio-vasculaire ainsi que pour assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale possible afin qu'ils puissent par leurs propres efforts préserver ou reprendre une place aussi normale que possible dans la vie de la communauté* ».

Au moment du retour à domicile, les patients passent d'une structure très encadrée en centre de rééducation vasculaire :

- Ou les activités sont planifiées et s'enchaînent tout au long de la journée ;
- Ou les activités physiques sont pratiquées en toute sécurité dans les limites de prévention de la survenue d'une récurrence ;
- Ou les repas sont préparés de façon équilibrée et diététique pour la prévention du risque vasculaire.

A leur retour à domicile, ils devront retrouver de nouvelles habitudes de vie compatibles avec le contrôle du risque vasculaire dans leur milieu de vie habituel. De retour de chez lui, le patient est donc confronté à une réorganisation de sa vie avec le seul soutien de sa famille. En effet, il n'existe pas de structure relais d'accompagnement du patient coronarien lors de son retour à domicile.

4.3.4. Le contenu d'un programme d'ETP du patient coronarien

Prenons l'exemple d'un programme destiné au patient coronarien admis en réadaptation cardio-vasculaire et décrivant le plan de la HAS.

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteints de syndrome coronarien?

4.3.4.1. Elaborer un diagnostic éducatif

Il s'agit d'un entretien structuré qui est proposé au patient dès son arrivée, mené par une infirmière en se basant sur une trame (figure 3). Il sert à identifier les besoins des patients, ses attentes, sa réceptivité. D'une durée de 30 à 45 minutes, il aboutit à élaborer un « contrat éducatif ». Une auto-évaluation est faite par le patient en début d'entretien (figure 4), ce qui aide à engager le dialogue et aide le professionnel à évaluer les connaissances de la personne.

Objectifs du diagnostic éducatif	
<ul style="list-style-type: none"> • Entretien avec discussion ouverte. • Solliciter le point de vue du patient sur ce que l'on comprend (reformulations). • Avoir la volonté de compréhension mutuelle (éviter tout quiproquo). • Présentation du programme d'éducation. • Négociation d'un contrat éducatif. • Obtenir le consentement éclairé du patient (document écrit d'après la législation en vigueur). 	
Thèmes	Données
Ce qu'il (elle) a	<ul style="list-style-type: none"> • Repérer les problèmes de santé (handicaps, comorbidités, etc.).
Ce qu'il (elle) fait	<ul style="list-style-type: none"> • Activité professionnelle (contraintes). • Activités sociales (contraintes, bénéfices). • Vie familiale (entourage, solitude, conditions matérielles, etc.).
Ce qu'il (elle) sait	<ul style="list-style-type: none"> • Comment se représente-t-il sa maladie ? • L'attribue-t-il à une cause particulière ? • Que pense-t-il de son traitement ? • Comment voit-il l'avenir ?
Ce qu'il (elle) est	<ul style="list-style-type: none"> • Attitude (déli, révolte, marchandage, dépression, acceptation, résignation). • Profil (passif, résigné, actif, dynamique).
Projet	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est son projet ?

Figure 3 : Grille d'entretien élaborée par la HAS

Auto-évaluation	
Grille comparative début et fin de programme remplie par le patient en début d'entretien.	
<i>Je connais mon traitement</i>	
0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<i>Je connais les aliments bénéfiques pour ma santé</i>	
0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<i>Je connais les activités physiques que je peux faire</i>	
0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<i>Je me sens capable d'effectuer les changements nécessaires</i>	
0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<i>Je suis motivé(e) pour effectuer ces changements</i>	
0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Figure 4 : Auto-évaluation est faite par le patient en début d'entretien

4.3.4.2. Définir un programme personnalisé

L'infirmière présente les modalités du programme et propose au patient de participer aux séances qui le concernent. Celui-ci définit avec l'infirmière son intention d'adhérer aux différentes séances qui sont décrites sur un document, le dossier éducatif. Ensuite la diététicienne rencontre alors le patient s'il le désire, analyse avec lui ses habitudes alimentaires et négocie des objectifs personnalisés. Le kinésithérapeute fait de même sur le plan des habitudes d'activités physiques et formule également des objectifs initiaux. Une psychologue peut être proposée au patient. Une synthèse est faite avec l'équipe lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

4.3.4.3. Planifier les séances collectives et/ou individuelles

Le patient est convié à participer aux séances collectives qui ont lieu lors de la 2ème semaine. Il s'agit de séances en groupes de 3 à 10 patients d'une durée de 30 à 60 minutes. Ces séances sont complétées par des entretiens individuels, formalisés ou non, tout au long de son séjour, lors des activités d'entraînement (cycloergomètre, marche, gymnastique), lors des prises de médicaments, lors des repas par exemple.

- ➔ **La séance du lundi**, animée par le cardiologue, est consacrée à la maladie coronarienne : les patients témoignent de leur histoire clinique, leurs symptômes éventuels, visualisent sur une maquette l'athérome et la thrombose, parlent de leurs facteurs de risque et la séance conclut sur la conduite à tenir en cas de douleur thoracique (appel au 15).
- ➔ **La séance du mardi**, animée par la diététicienne, consiste à élaborer un menu sur une journée, en analysant à l'aide d'un jeu de cartes alimentaires les différentes façons d'y adhérer en tenant compte des habitudes alimentaires des patients. La confrontation des différents points de vue permet d'enrichir la séance et de pointer du doigt les objectifs importants.
- ➔ **La séance du mercredi**, animée par la kinésithérapeute est consacrée à l'activité physique, ses bénéfices et ses dangers, à partir des activités recensées par les patients, aborde les principes d'une séance d'entraînement, les repères d'intensité (souffle, pouls) et l'élaboration d'un agenda d'une semaine type.

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteints de syndrome coronarien?

- La séance du jeudi, animée par un médecin, aborde le traitement médical, analyse les ordonnances des patients et apporte les connaissances de base sur les effets positifs et secondaires des différentes familles médicamenteuses.
- Les autres séances sont consacrées à la pratique de la prise du pouls, à l'alimentation contrôlée en sel, à un atelier de cuisine pratique, à la visite encadrée d'un supermarché pour l'analyse des étiquettes alimentaires. L'aide au sevrage du tabac est organisée en individuel auprès du tabacologue du service, en dehors du programme d'ETP.

4.3.4.4. Evaluer les compétences acquises, le déroulement du programme

Une évaluation des compétences et des connaissances sont effectuées lors de la 3ème semaine, centrée sur les objectifs définis comme prioritaires :

- Attitude en cas de douleur thoracique ;
- Connaissance du traitement médicamenteux ;
- Choisir un menu journalier de type méditerranéen ;
- Elaborer un entraînement physique efficace et sans danger.

Cette évaluation est faite lors d'entretiens (infirmière, diététicienne, kinésithérapeute), la pratique de l'entraînement étant validée par une séance test pour vérifier si le patient connaît et respecte en pratique les consignes de sécurité. La **figure 5**, nous montre un exemple de document d'évaluation pour le patient.

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteint de syndrome coronarien?

Compétences du patient coronarien : pathologie et traitement	
Connaît la douleur d'angor	<p>Décrit la douleur et les signes de gravité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • douleur (serrement) de poitrine (irradiations) par crise ; • gravité : au repos, sueurs, malaise, TNT-résistance.
Pratique TNT	<p>Décrit la prise de TNT :</p> <ul style="list-style-type: none"> • connaît le médicament ; • décrit (noter heure, position assise, 1 B en sublingual) ; • interprète (renouvelle après 5', appel le 15 si persiste).
Connaît l'appel au 15	<p>Décrit l'appel au 15 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indication (angor résistant à TNT) ; • décrit la douleur de poitrine et l'effet de la TNT ; • signaler sa maladie et son traitement ; • ne pas raccrocher (avant de donner l'adresse).
Connaît son bêtabloquant	<p>Effets et CAT si oublié :</p> <ul style="list-style-type: none"> • médicament qui ralentit le rythme cardiaque ; • reconnaît le nom sur ordonnance ; • cite les risques (bradycardie, asthénie, malaise) ; • sait ne pas l'arrêter (danger = angor) ; • sait ne pas doubler la dose si oublié.
Connaît les antiagrégants	<p>Effets et CAT si oublié :</p> <ul style="list-style-type: none"> • médicaments qui empêchent la formation de caillots ; • reconnaît le(s) nom(s) sur ordonnance ; • 1 médicament à vie (ou 2 temporairement puis 1) ; • connaît le risque de saignements ; • sait ne jamais arrêter (danger surtout si stent) ; • sait ne pas doubler la dose si oublié.
<p>Chaque item est coté de la façon suivante :</p> <p>{1} si réponses justes {0,5} si corrections effectuées justes {0} si corrections effectuées fausses</p>	

Figure 5 : Grille d'évaluation du patient coronarien

Une synthèse est finalisée lors d'une deuxième RCP et les objectifs personnalisés remis au patient en fin de programme. Ceux-ci ayant été travaillés tout au long du programme sont bien acceptés par le patient, ce qui est lui permet d'accéder au succès à moyen terme de cette approche thérapeutique²⁵.

L'évaluation du programme nécessite une auto-analyse annuelle afin d'ajuster les différentes parties du programme qui se révèlent plus faibles, qui prend le degré de satisfaction des patients régulièrement mesuré via des questionnaires de satisfaction. Cette évaluation conditionne au bout de 4 ans le renouvellement de l'autorisation par l'ARS.

²⁵ Pavy B, Tisseau A, Caillon M. Le patient coronarien six mois après la réadaptation cardiaque : recherche sur l'évaluation de la réadaptation (étude RER). Ann Cardiol Angeiol, 2011;60:252-258.

4.3.5. L'ETP centrée sur le patient et intégrée aux soins

Il est recommandé que l'approche éducative soit intégrée aux soins, ce qui nécessite d'éviter les coupures trop brutales entre l'équipe soignante et l'équipe éducative. Il paraît important que les différents membres de l'équipe soient formés à l'ETP et de faire en sorte que l'organisation favorise les liens entre les différentes phases de l'éducation et des soins. Ceci est réalisable en structure de réadaptation cardiaque, que ce soit en milieu hospitalier ou en ambulatoire. Il est important d'actualiser les formations des nouveaux arrivants au fur et à mesure afin d'éviter les ruptures dans la prise en charge du patient. Tous les membres de l'équipe doivent connaître les différentes phases du programme d'ETP afin de répondre de façon adéquate et homogène aux questions que les patients peuvent poser. L'alternance de séances individuelles et collectives permet de pallier aux limites de chaque approche.

4.3.5.1. Les séances individuelles

A chaque rencontre avec le patient en réadaptation cardio-vasculaire, le côté éducatif est proche (ETP intégrée aux soins). En effet, le patient sensibilisé par les séances structurées va être sollicité à interroger différents soignants sur la même problématique pour se faire une idée personnelle. Cela rend nécessaire une forte cohésion de l'équipe dont les contradictions sont vite dévoilées dans une structure de soins où les patients se retrouvent fréquemment en groupe. La prise en charge individuelle reste complémentaire et indispensable pour aborder des thèmes spécifiques à la personne. L'alimentation peut ainsi être analysée par une diététicienne en consultation individuelle, lors d'une séance collective, lors d'un atelier pratique, lors d'une sortie éducative (supermarché), lors de la prise de repas (choix effectué par le patient et analysé avec lui par la suite). Le traitement par anticoagulants peut bénéficier d'une éducation en groupe et de rappels individuels lors des modifications du traitement en aidant au remplissage du carnet éducatif.

4.3.5.2. Les séances collectives

Les séances collectives sont primordiales. Elles apportent une dynamique alimentée par les différentes interventions des patients entre eux, ce qui permet de mettre en évidence leurs préoccupations premières et de réfléchir aux moyens d'y apporter remède. Les difficultés sont liées à l'animation d'un groupe, la gêne ressentie par

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteint de syndrome coronarien?

certain patients à l'évocation de leur histoire ou de celles des autres. Ces limites doivent être connues et maîtrisées, mais elles ne masquent pas les bénéfices engendrés par les dialogues entre les patients qui ont été démontrés plus efficaces que les séances de type conférences. Les patients se retrouvent par la suite lors des activités ou des repas, ce qui permet de prolonger leur réflexion sur des thèmes abordés.

Nous avons évoqué dans cette partie, la maladie coronarienne et ses généralités, puis nous avons également décrit un exemple de parcours du programme thérapeutique. De ce fait, ce qui nous amène à réfléchir sur le taux de participation des patients atteint de cette pathologie.

5- Faible accessibilité des patients : pourquoi ?

Malgré les bénéfices attendus et, comme cela a été évoquée auparavant, la réadaptation cardiaque fait donc partie intégrante de l'éducation thérapeutique du patient après un syndrome coronarien de par son efficacité prouvée sur la réduction de la morbi-mortalité cardio-vasculaire. De plus, il s'agit d'une intervention avec un rapport coût/bénéfice favorable en diminuant les coûts de la prise en charge à long terme²⁶.

Cependant le taux de participation à un ce type de programme après un événement coronarien est bien loin de ce qui serait souhaitable. En effet, seuls 29.1% des patients éligibles en France y participent²⁷.

5.1. Quelques chiffres

En France, l'étude PREVENIR en 2004 indiquait 22% de participation à la RCV après un SCA avec une faible participation de femmes (14% contre 26% d'hommes) et des plus de 65 ans (17% contre 29% pour les moins de 65%).

La tendance est à l'augmentation de la prescription comme le montre le registre FAST MI 2010 quand à lui montre une progression du nombre de patients adressés en RCV entre 2005 et 2010. En effet, 22% des patients en post SCA en ont bénéficié en 2005 contre 36% en 2010²⁸.

Enfin, la dernière étude du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, qui s'appuie sur les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), estime à 22% le nombre de patients adressés en RCV. La proportion diminuerait avec l'âge (de 40,6% entre 18 et 45 ans à 2,3% pour les plus de 85 ans) et serait inférieure chez les femmes. Par ailleurs, il existe une grosse disparité régionale²⁹.

²⁶ SFC. Recommandations du Groupe Exercice Réadaptation Sport (GERS) de la Société Française de Cardiologie concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte, version 3. 2011. Disponible sur: <http://www.cardiosfc.org/recommandations/sfc>

²⁷ ANAES, Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global. Recommandations: Paris. ANAES. 2004. Disponible sur : http://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Risque_cardio_vasculaire_rap.pdf

²⁸ Société Française de Cardiologie : Observatoire français des syndromes coronaires aigus (FAST-MI 2015). Disponible sur : <http://www.sfcadio.fr/FASTMI-2015>

²⁹ Santé publique France – BEH. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

5.2. Facteurs liés au patient et à ses pathologies

C'est la cause bloquante principale, elle qui est la plus représentée dans toute les populations. Au sein de celle-ci, plusieurs facteurs sont impliqués :

- L'âge ;
- L'état général ;
- Les comorbidités ;
- Le manque de motivation, de connaissances des bénéfices, le manque de temps ;
- L'absence d'intérêt occupe également une place importante.
- La communication non adaptée

Les patients évoquent une certaine méconnaissance des programmes de RCV, le fait que ce ne soit pas pour eux (soit ils s'imaginent qu'il n'y a que des personnes âgées, soit au contraire qu'il n'y aura que des jeunes et qu'ils ne pourront pas suivre), qu'ils ne voient pas les bénéfices attendus, qu'ils estiment faire assez d'exercice à leur domicile et veulent se prendre en charge eux-mêmes. A l'inverse, certains patients ne se sentent pas capables d'influer sur le cours de leur pathologie, invoquent la fatalité et mettent en cause comme premier facteur de risque le stress.

L'entourage de ces personnes est très important dans la motivation et le soutien ou au contraire créent un obstacle à la réalisation de la RCV (ont la responsabilité du conjoint malade au domicile, obligations domestiques diverses surtout pour les femmes,...).

Les comorbidités sont également des facteurs qui limite la participation à ce programme (exemple des patients dialysés plusieurs fois dans la semaine, des comorbidités cancéreuses).

Un autre frein se dessine ces dernières années devant l'apparition de plus en plus précoce de maladie coronarienne : l'activité professionnelle. Elle représente une limitation importante du fait de la perte de salaire que peut engendrer la mise en arrêt de travail, du manque d'indemnités, de la contrainte de temps, de l'existence éventuellement antérieure de conflit au travail.

Enfin, les femmes sont moins souvent adressées en RCV, les raisons en sont assez mal connues. Elles sont plus âgées en général, redoutent d'intégrer un groupe à majorité masculine, sont plus souvent sédentaires de longue date et ont un moindre intérêt pour les programmes classiques. Il en est malheureusement de même pour les sujets âgés alors qu'ils pourraient en retirer des bénéfices identiques : il faut donc plus penser en termes d'âge physiologique que d'âge chronologique

5.3. Facteurs liés au système de santé

Si l'organisation est défaillante, cela impacte négativement sur le taux de RCV. Divers obstacles ont été retrouvés dans différentes études : en cas de manque de place, la RCV est parfois annulée, un délai trop long entre la décision et la convocation par le centre (des semaines et parfois plusieurs des mois) ce qui augmente le taux de refus. Un manque de communication entre les professionnels ressenti par le patient ce qui amène à minimiser l'importance de la RCV, un temps d'hospitalisation trop court pour permettre une information au moment adéquat, un manque de disponibilité des médecins pour répondre aux interrogations des patients.

Le manque d'infrastructures, l'habitat rural est également considéré comme un obstacle. Il existe peu de centres de réadaptation cardio-vasculaire en France et probablement une légère inadéquation entre le nombre de places disponibles par région et le nombre de patients nécessitant une RCV. Par ailleurs, l'ensemble du territoire n'est pas couvert de manière similaire. Un des freins majeurs est donc l'accessibilité à ces centres, les problèmes de transport et de remboursement sachant que, la plupart des patients admis en RCV doivent habiter dans un périmètre de 40 à 50 kilomètres du Centre.

La Sécurité Sociale prend en charge 20 séances de RCV en post-SCA. L'argument financier ne doit donc pas être un frein à sa réalisation.

Comme nous venons de le voir, la RCV en post infarctus du Myocarde apporte des bénéfices bien documentés et non négligeables. Cependant, peu de personnes y accèdent de manière générale et de nombreuses disparités existent.

La survie après un IDM est associée à plusieurs facteurs tels que la sévérité de l'évènement, la prise en charge post hospitalière (ETP et réadaptation cardiaque).

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteint de syndrome coronarien?

Cette dernière est réalisée dans les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) qui permet le maintien d'une prévention secondaire efficace à la sortie de l'hôpital et ainsi une réduction du risque de récurrence d'infarctus et de décès, et contribue à une meilleure qualité de vie sur le long terme.

En France, l'organisation des SSR a été précisée en 2008 par deux décrets et une circulaire avec la création d'une structure unique associant les soins de suite et la réadaptation, ceci afin d'améliorer la qualité et le développement de l'offre de soins SSR dans l'ensemble des territoires de santé³⁰.

La RC fait l'objet de recommandations par la HAS. Elle doit être prescrite par tous les patients hospitalisés pour un infarctus du myocarde. Depuis 2012, la RC est ainsi inscrite comme indicateur de pratique clinique (Indicateur pour l'amélioration de qualité et de la sécurité des soins : IPAQSS).³¹

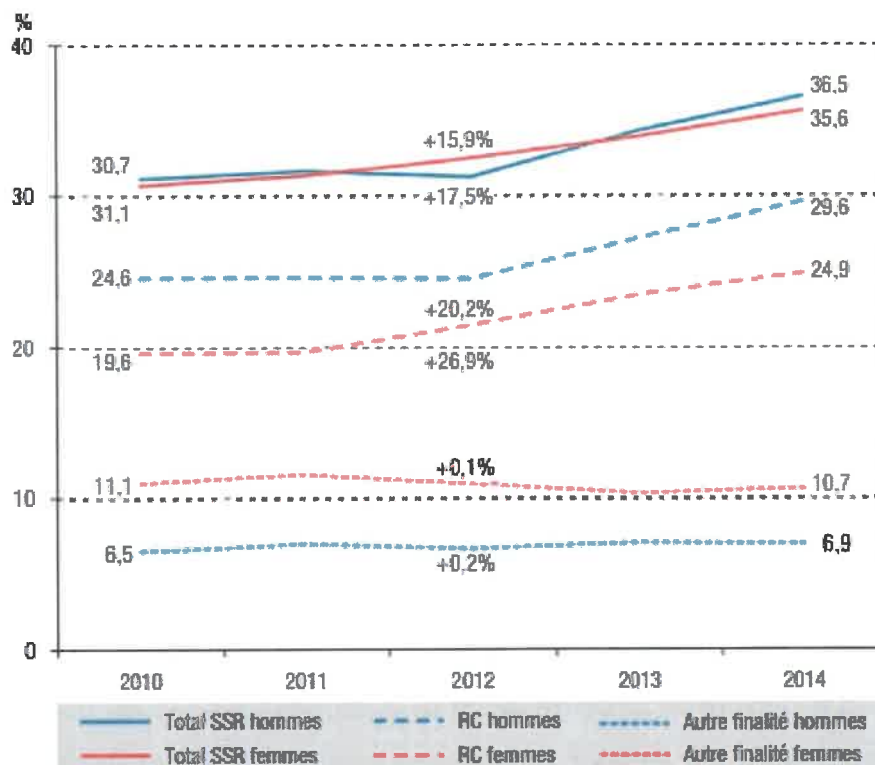
Tous âges confondus, le nombre de patients hospitalisés en SSR suite à un IDM a augmenté (**Figure 6**) et ce de façon plus importante chez les hommes que chez les femmes (+4,4% par an pour les hommes contre +2,5% chez les femmes).

Toutefois, il existe des différences selon la finalité de prise en charge et l'âge (**figure 6 et 7**).

³⁰ Décret DHOS n° 2008-377 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de SSR, Décret DHOS n° 2008-376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de SSR et Circulaire N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation.

³¹ Indicateurs de pratique clinique. Infarctus du myocarde (IDM). « Des 1ers signes au suivi à 1 an ». Une méthode pour l'amélioration de la qualité du parcours de soins du patient. Haute Autorité de santé; 2012. 82 p. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012_07/04_indicateurs_idm_actualisation_2012_vf.pdf

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteint de syndrome coronarien?



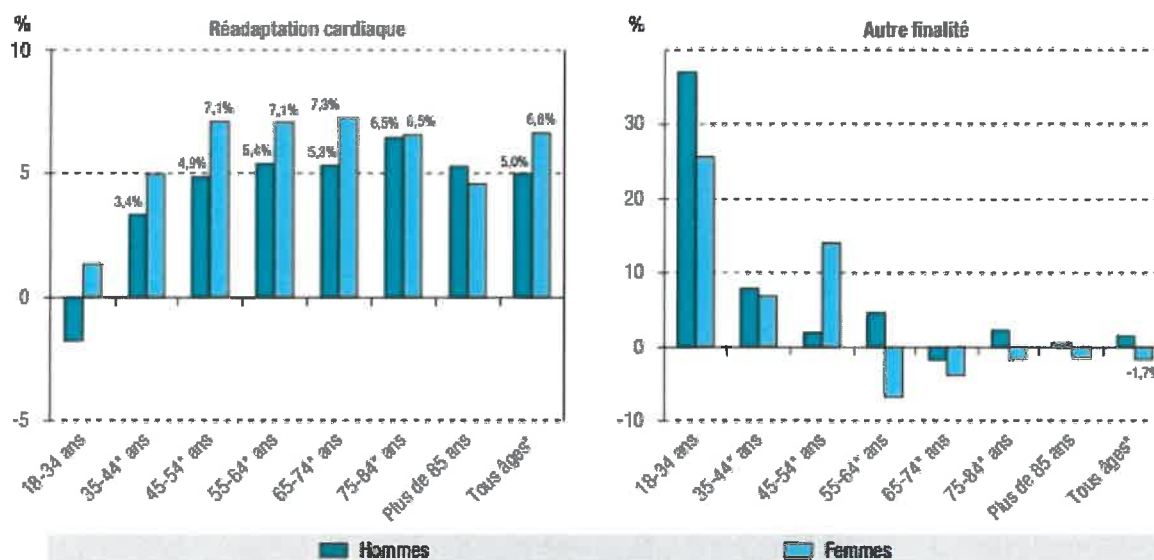
¹ Taux pour 100 patients, standardisés sur la structure d'âge de l'ensemble des patients hospitalisés en Médecine, chirurgie, obstétrique pour IDM au premier semestre 2014.

² Hors Guyane et Mayotte.

RC : réadaptation cardiaque.

Figure 6 : Évolution des taux d'admission en soins de suite et de réadaptation (SSR) après une hospitalisation pour infarctus du myocarde (IDM) entre le premier semestre 2010 et le premier semestre 2014, France
Source : INVS, Santé publique France

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteint de syndrome coronarien?



¹ Classes d'âge au sein desquelles les évolutions sont différentes selon le sexe (* interaction entre les variables sexe et année significative, $p < 0,05$).

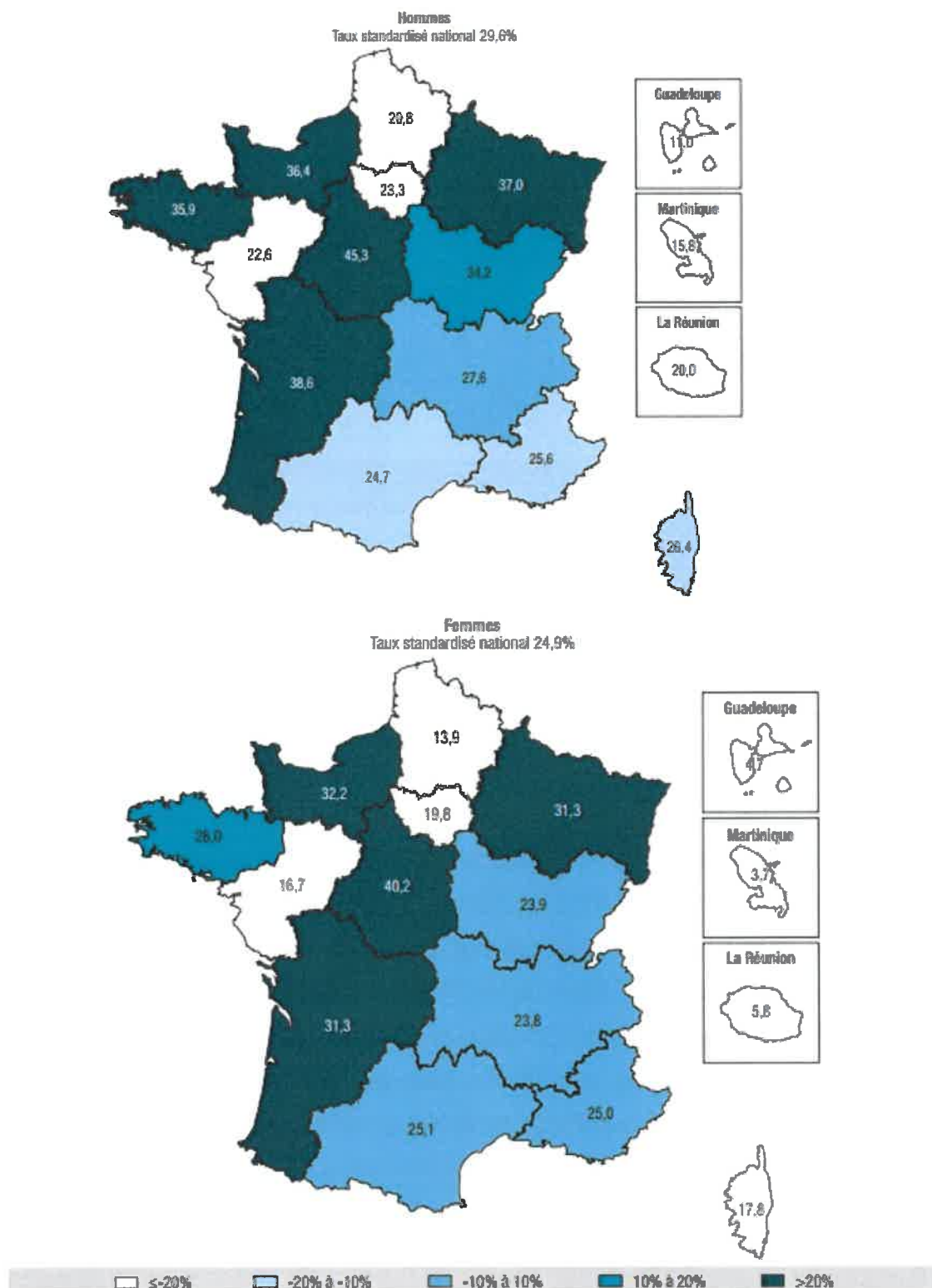
² Hors Guyane et Mayotte.

Note : Cette figure présente le pourcentage d'évolution annuelle moyen des taux de patients hospitalisés pour IDM, obtenu à partir de régressions de Poisson. Seules les valeurs des évolutions significatives sont reportées sur le graphique.

Figure 7 : Évolutions annuelles moyennes des taux de patients admis en soins de suite et de réadaptation (réadaptation cardiaque ou autre finalité) après une hospitalisation pour infarctus du myocarde entre 2010 et 2014, par sexe et classe d'âge, France
Source : INVS, Santé publique France

En métropole, en 2014 quel que soit le sexe des patients, les régions Pays de la Loire, Ile-de-France et Hauts-de-France présentent les taux standardisés de patients hospitalisés en RC dans les six mois suivant un IDM les plus bas, avec un écart de plus de 20% par rapport au taux national (**figure 6**). C'est également le cas de la Corse pour les femmes. La région Centre-Val-de-Loire enregistre les taux de RC les plus élevés pour les hommes (45,3%) et pour les femmes (40,2%). Les taux standardisés régionaux sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans toutes les régions, à l'exception de la région Occitanie, où ils étaient similaires. De plus, les inégalités régionales sont plus marquées pour les femmes (rapport de 2,9 entre Hauts-de-France et Centre-Val-de-Loire) que pour les hommes (rapport de 2,2 pour ces mêmes régions). L'évolution des taux régionaux de recours à la RC observée entre 2010 et 2014 est hétérogène selon les régions et le genre : des augmentations sont observées dans toutes les régions de l'ouest de la France (augmentation de plus de 40%), ainsi que dans le Sud chez les femmes (**figure 7**).

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteints de syndrome coronarien?



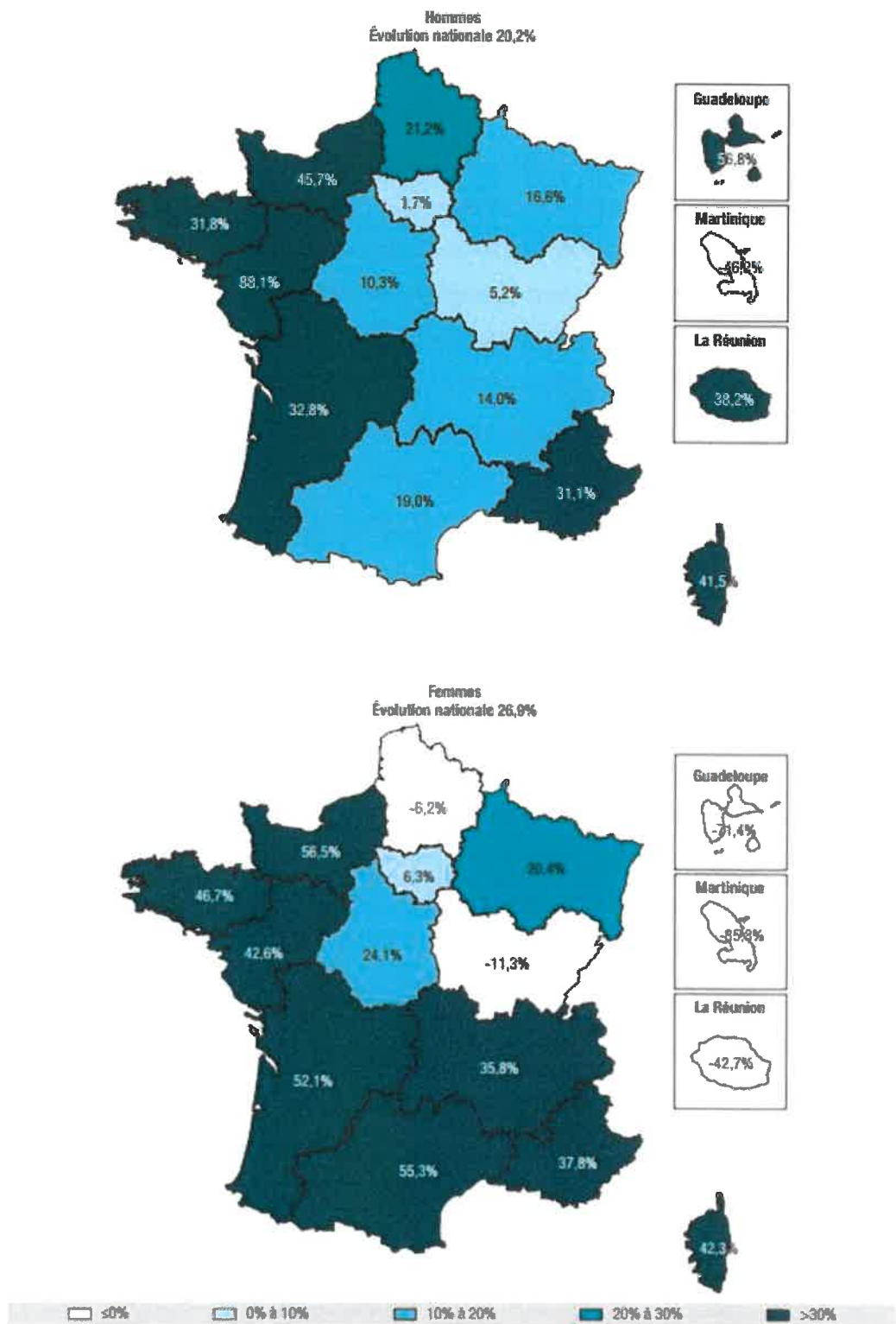
* Taux pour 100 patients, standardisés sur la structure d'âge de l'ensemble des patients hospitalisés en MCO (Médecine, chirurgie, obstétrique) pour IDM au premier semestre 2014.

Note : Dans chaque région, la valeur mentionnée est le taux régional de patients admis en RC dans les six mois suivant une hospitalisation pour IDM au cours du premier semestre 2014. Les couleurs correspondent à l'écart entre ce taux régional et le taux national de RC (en %).

Figure 8 : Disparité régionales des taux de recours à la RC post-infarctus du myocarde selon le sexe en France, en 2014.

Source : INVS, Santé publique France

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteint de syndrome coronarien?



¹Taux pour 100 patients, standardisés sur la structure d'âge de l'ensemble des patients hospitalisés en MCO (Médecine, chirurgie, obstétrique) pour IDM au premier semestre 2014.
Note : la valeur mentionnée dans chaque région, associée aux couleurs, correspond à l'évolution du taux standardisé entre 2010 et 2014.

Figure 9 : Evolution des taux régionaux de RC post infarctus du myocarde entre 2010 et 2014 selon le sexe en France
Source : INVS, Santé publique France

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteint de syndrome coronarien?

Des disparités régionales importantes de la RC en 2014 sont mises en évidence dans cette étude, avec des taux faibles d'admission dans les DOM, les Hauts-de-France, l'Île-de-France et les Pays de la Loire (malgré une augmentation importante entre 2010 et 2014 pour cette dernière). En plus de taux d'admission en RC plus faibles, les DOM, les Hauts-de-France et l'Île-de-France affichaient des augmentations faibles entre 2010 et 2014, voire des diminutions, en particulier chez les femmes. La majeure partie des disparités et de leurs évolutions peut être rapprochée de l'inégale répartition de l'offre en SSR entre les régions et du manque de lits et de places, dans la mesure où il existe un lien entre le taux d'adressage et les possibilités d'admission (l'adressage faisant référence à la demande d'envoi en SSR par l'équipe ayant pris en charge le patient lors de la phase aiguë en MCO). L'Île-De-France, les Hauts-de-France, les Pays de la Loire et la Corse présentent également des nombres de places disponibles plus faibles que la moyenne nationale. À l'inverse, les régions du sud de la France possèdent des capacités d'accueil plus importantes.

6- Perspectives d'avenir des pratiques éducatives pour améliorer le taux de participation aux programmes après un SCA

Il est important de bien définir et comprendre les différents obstacles qui peuvent empêcher un patient de bénéficier de l'éducation thérapeutique. Le but sur long terme est d'augmenter et de faire bénéficier un plus grand nombre de patients à ces programmes.

Il est finalement évident que les freins à la prescription à ces programmes doivent être réglés.

Ainsi, il existe des facteurs non modifiables qui sont principalement secondaire à l'état général, l'âge du patient et les comorbidités de ces derniers. D'autant plus que cette problématique ne fera que s'accroître avec le temps, du fait du vieillissement de la population.

Parmi les facteurs modifiables nous retrouvons le problème lié à la capacité d'accueil. La question qui se pose est : Faudrait-il créer plus de centres ?

La tendance serait de dire « pas nécessairement ». Cependant, dans certaines régions de France (notamment la région PACA, ou la Réunion), il est évident que la capacité d'accueil est inadaptée à la démographie, et l'offre constitue le point faible de la RCV expliquant leur faible taux d'adressage en réadaptation cardio-vasculaire.

La création de centres de réadaptation supplémentaires dans des zones assez dépourvues actuellement poserait plusieurs questions quant au :

- Financement des structures ;
- Personnel qualifié (médecins Cardiologues, infirmier(es), Kinésithérapeutes) susceptible d'aller travailler dans des endroits plus reculés ou ceux dans lesquels on trouve actuellement des centres de réadaptation cardiaque ;
- L'accessibilité.

Pour pallier à la pénurie de cardiologues de réadaptation cardiaque et de centres de réadaptation cardiaque, peut-être pourrait-il être envisagé d'ouvrir la réadaptation cardiaque à d'autres spécialités médicales, telles que les médecins réadaptateurs ou les médecins du sport, au sein d'une équipe comprenant au moins un cardiologue ?

Ensuite, nous retrouvons le problème lié aux prescripteurs. Il est important de sensibiliser régulièrement les médecins prenant en charge les infarctus du myocarde (cardiologues, médecins urgentistes et généralistes). L'ETP est primordiale dans la prise en charge du patient après un SCA visant à améliorer la prévention secondaire

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteints de syndrome coronarien?

dans le suivi. Cependant, l'ETP ne peut être développé au sein des centres de réadaptions cardiaques, d'une part parce que l'efficacité de l'ETP du patient est reconnue si elle s'inscrit dans un suivi sur le long terme impliquant un relais de prise en charge par le médecin généraliste à l'issue de la réalisation de la réadaptation cardiaque. En effet, sans le suivi de l'éducation thérapeutique, les patients, en retournant à leur domicile à l'issue du séjour en RC, reprennent leurs mauvaises habitudes et les effets de l'ETP disparaissent rapidement. De plus, afin que les patients prennent conscience du caractère chronique de leur maladie, l'ETP devrait être initiée par les médecins généralistes, à leur sortie d'hospitalisation, où ils seraient plus réceptifs à recevoir ces explications. En effet, les durées d'hospitalisation de plus en plus courtes des patients après un syndrome coronarien et la rapidité de l'intervention par angioplastie, donne souvent au patient l'illusion d'une guérison définitive de la maladie coronarienne. Ceci peut être responsable notamment d'une inobservance thérapeutique.

Enfin, nous avons le problème lié à la motivation du patient. Il est primordial de convaincre le patient et leur entourage. Les freins annoncés par le patient en termes de motivation, de manque de temps, d'incompatibilité d'emploi du temps devraient être balayés par l'information médicale délivrée par le personnel médical et paramédical. Il faut insister sur l'intérêt majeur de la réadaptation et de l'éducation thérapeutique pour le patient qui devrait faire partie intégrante de son traitement. Investir du temps auprès du patient et de son entourage semble être la solution la moins onéreuse et la plus rentable.



Conclusion

En France, la deuxième cause de mortalité est la maladie coronarienne. De plus, la région haut-de-France (Registre MONICA : **Annexe VII**) est particulièrement touchée par cette pathologie. Cette maladie chronique survient suite à plusieurs facteurs de risques cardio-vasculaires.

Parmi ces facteurs de risques, nous avons évoqué les modifiables dont l'objectif est la prise en charge optimal de la prévention secondaire. Trois facteurs sont souvent à l'origine, il s'agit de l'obésité, le tabagisme et le diabète. Cependant d'autres facteurs de risques sont présents et il est possible d'agir afin qu'un maximum de patients éligibles accèdent à l'éducation thérapeutique :

- Créer des groupes plus homogènes en termes d'âge ;
- Revoir l'implantation des centres afin d'améliorer la répartition départementale et/ou régionale et ainsi favoriser l'accessibilité à un plus grand nombre ;
- Réduire le délai d'attente ;
- Mieux former et informer les médecins afin de convaincre les patients à s'inscrire aux programmes.

Des programmes de réadaptation cardio-vasculaire au domicile du patient pourraient également être une alternative comme cela est déjà le cas en Europe, notamment en Grande-Bretagne. Par ailleurs, la proportion de patients adressée en RCV est trop faible compte tenu des effets escomptés. Il paraît urgent de trouver des solutions pour y remédier.

L'ETP du patient apparaît donc comme une priorité dans le suivi post infarctus, et améliorerait la prévention secondaire du patient atteint de syndrome coronarien. Toutefois, les pratiques éducatives restent peu utilisées par les médecins traitant, soit par un manque de formation, de temps ou de moyens mais aussi par l'isolement de leur cabinet de ville. Il convient de développer l'ETP de la pathologie coronarienne, afin d'améliorer le suivi des patients sur le long terme, car c'est un enjeu de santé publique. La création de réseaux pour une meilleure coordination des centres de réadaptation cardiaque et le développement de la télémédecine seraient

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteint de syndrome coronarien?

peut-être des pistes de réflexions et d'avenir permettant la réalisation de cette ETP du patient coronarien entre partenaires médecins généralistes, cardiologues et patients.

Bibliographie

1. Préambule adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. À la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.
2. « La France compte désormais plus de 10 millions de malades chroniques » Les Échos, Décembre 2016.
3. Rapport de l'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.
4. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010-2011. Genève, OMS. Disponible sur : http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report-summary_fr.pdf?ua=1 [Consulté le 05/05/2017]
5. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: WHO; December 2012. Disponible sur: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/ [Consulté le 05/05/2017]
6. L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier, communiqué de presse OMS, 1er juillet 2003, Genève. Disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/> [Consulté le 9/05/2017]
7. Empowerment : appropriation ou réappropriation de son pouvoir. Disponible sur <http://www.psychologue.levillage.org/sme1020/4a.html> [consulté le 17/05/2017]
8. H.A.S., Haute Autorité de Santé, Recommandation, 2007. *Education thérapeutique du patient. Définition, finalité et organisation.* Disponible sur www.syndicat-infirmier.com.com/Recommandations_-de-la-HAS-sur-1.html [consulté le 17/05/2017]
9. Présentation du programme national des risques cardio – vasculaires 2002 – 2005, communiqué de presse du 05/02/2002, Disponible sur <http://sante.gouv.fr> [Consulté le 17/05/2017]
10. HAS. Guide affection de longue durée - guide patients : La prise en charge de votre maladie coronarienne, novembre 2007, Disponible sur <http://www.has-sante.fr/> [consulté le 17/05/2017]



Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteints de syndrome coronarien?

11. HAS. Guide affection de longue durée - guide médecin : maladie coronarienne, mars 2007, Disponible sur <http://www.has-sante.fr> [consulté le 17/05/2017]
12. Code de la santé publique : Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913888> [consulté le 22/05/2017]
13. SAOUT C., CHARBONNEL B. et BERTRAND D., Pour une politique nationale d'Education thérapeutique du Patient. Rapport présenté à Roselyne BACHELOT, Ancienne Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative par Christian SAOUT, Représentant des usagers au collège de la HAS.
14. Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. Disponible sur Legifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/8/2/SASH1017847D/jo> [Consulté le 22/05/2017]
15. Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient. Disponible sur Legifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/8/2/SASP1007571D/jo/texte> [consulté le 22/05/2017]
16. Décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. Disponible sur Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2013/5/31/AFSH1300414D/jo> [Consulté le 22/05/2017]
17. Arrêté du 31 mai 2013 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. Disponible sur Légifrance <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027482106&categorieLien=id> [consulté le 22/05/2017]
18. Direction générale de l'offre de soins. Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général. Disponible sur [http://www.departement-informationmedicale.com/wpcontent/uploads/2012/03/Guide de contractualisation des dotations finançant les MIG-3.pdf](http://www.departement-informationmedicale.com/wpcontent/uploads/2012/03/Guide_de_contractualisation_des_dotations_finançant_les_MIG-3.pdf) [consulté le 10/06/2017]
19. Aide-mémoire de l'OMS sur les maladies cardio-vasculaire. Janvier 2015
20. European Heart Network and European Society of Cardiology, European Cardiovascular Disease Statistics. 2012 Edition; Available from: <http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html>. [consulté le 05/06/2017]

Quelle place à l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteint de syndrome coronarien?

21. . <http://www.sante.gouv.fr/les-grandes-lignes-du-rapport.html>.
[Consulté le 05/06/2017]
22. ANAES, Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global. Recommandations: Paris. ANAES. 2004. Disponible sur :
http://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Risque_cardio_vasculaire_rap.pdf. [Consulté le 06/06/2017]
23. Critchley, J. and S. Capewell, Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev, 2004(1): p. CD003041.
24. Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé 2010. Disponible sur :
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44436/1/9789242599978_fre.pdf
[Consulté le 25/06/2017]
25. Pavy B, Tisseau A, Caillon M. Le patient coronarien six mois après la réadaptation cardiaque : recherche sur l'évaluation de la réadaptation (étude RER). Ann Cardiol Angeiol, 2011;60:252-258.
26. SFC. Recommandations du Groupe Exercice Réadaptation Sport (GERS) de la Société Française de Cardiologie concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte, version 3. 2011. Disponible sur :
<http://www.cardiosfc.org/recommandations/sfc>. [Consulté le 10/07/2017]
27. Société Française de Cardiologie : Observatoire français des syndromes coronaires aigus (FAST-MI 2015). Disponible sur :
<http://www.sfcadio.fr/FASTMI-2015>
[Consulté le 10/07/2017]
28. Santé publique France – BEH. Disponible sur :
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire> [Consulté le 12/07/2017]
29. Décret DHOS n° 2008-377 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de SSR, Décret DHOS n° 2008-376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de SSR et Circulaire N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation.
30. Indicateurs de pratique clinique. Infarctus du myocarde (IDM). « Des 1ers signes au suivi à 1 an ». Une méthode pour l'amélioration de la qualité du parcours de soins du patient. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de santé; 2012. 82 p.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/04_indicateurs_idm_actualisation_2012_vf.pdf

Annexes

ANNEXE I : Promotion de la santé – Charte d'OTTAWA

ANNEXE II : Guide affectation longue durée – Novembre 2007 – HAS

ANNEXE III : Recommandations de l'HAS sur la prise en charge des facteurs de risques cardio-vasculaire dans le suivi post infarctus du myocarde.

ANNEXE IV : Examens complémentaires recommandés dans le suivi post infarctus du myocarde

ANNEXE V : Informations recommandées par la HAS au cours du suivi post-infarctus du myocarde

ANNEXE VI : Circulaire DHOS/E2 no 2007-216 du 14 mai 2007 relative au développement de l'éducation du patient atteint de maladies chroniques : mise en œuvre d'une démarche d'évaluation des programmes éducatifs financés dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)

ANNEXE VII : Enquête de population via le registre MONICA-FRANCE



EUROPE

PROMOTION DE LA SANTE

Charte d'OTTAWA

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la présente "Charte" en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

Inspirée avant tout, par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette Conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions. Elle a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la Santé pour tous et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée mondiale de la Santé.

PROMOTION DE LA SANTE

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

CONDITIONS INDISPENSABLES A LA SANTE

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir

notamment :

- se loger,
- accéder à l'éducation,
- se nourrir convenablement,
- disposer d'un certain revenu,
- bénéficier d'un éco-système stable,
- compter sur un apport durable de ressources,
- avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé.

PLAIDOYER POUR LA SANTE

La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs - politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques - peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé.

MISE EN PLACE DES MOYENS

L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal, et il en est de même pour les femmes que pour les hommes.

MÉDIATION

Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté. Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé.

Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

ACTIONS POUR PROMOUVOIR LA SANTE

ELABORATION DE POLITIQUES POUR LA SANTE

La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard.

La politique de promotion de la santé associe des approches différentes, mais complémentaires ; mesures législatives, financières et fiscales et changements organisationnels, notamment. Il s'agit d'une action coordonnée conduisant à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d'équité. L'action commune permet d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services publics qui favorisent davantage la santé et des environnements plus propres et plus agréables.

La politique de promotion de la santé suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques pour la santé dans les secteurs non sanitaires, et les moyens de surmonter ces obstacles. Le but doit être de faire en sorte que le choix le plus facile pour les responsables des politiques soit aussi le choix le meilleur du point de vue de la santé.

CREATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES

Nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs.

Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé. Le grand principe directeur, pour le monde entier, comme pour les régions, les nations et les communautés, est la nécessité d'une prise de conscience des tâches qui nous incombent tous, les uns envers les autres et vis-à-vis de notre communauté et de notre milieu naturel. Il faut appeler l'attention sur le fait que la conservation des ressources naturelles, où qu'elles soient, doit être considérée comme une responsabilité mondiale.

L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation -est indispensable et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé du public. La protection des milieux naturels et des espaces construits, ainsi que la conservation des ressources naturelles, doivent être prises en compte dans toute stratégie de promotion de la santé.

RENFORCEMENT DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE

La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en oeuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au coeur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions.

Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé. Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances concernant la santé, ainsi qu'une aide financière.

ACQUISITION D'APTITUDES INDIVIDUELLES

La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaires des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes.

REORIENTATION DES SERVICES DE SANTE

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements. Tous doivent oeuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.

Par delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé. Les services de santé doivent se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide et plus respectueux des besoins culturels, qui les amène à soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine et qui ouvre la voie à une conception élargie de la santé, en faisant intervenir, à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental. La réorientation des services de santé exige également une attention accrue l'égard de la recherche, ainsi que des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels. Il faut que cela fasse évaluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considérés dans son intégralité.

LA MARCHÉ VERS L'AVENIR

La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments. Elle résulte du soin que l'on prend de soi-même et d'autrui et de la capacité à prendre des décisions et à maîtriser ses conditions de vie; elle réclame, en outre, une société dans laquelle les conditions voulues sont réunies pour permettre à tous d'arriver à vivre en bonne santé.

L'altruisme, la vision globale et l'écologie fondent les stratégies de promotion de la santé. Les auteurs de ces stratégies doivent donc partir du principe qu'à tous les niveaux de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, tous les partenaires, hommes ou femmes, doivent être considérés comme égaux.

L'ENGAGEMENT A L'EGARD DE LA PROMOTION DE LA SANTE

Les participants à la Conférence s'engagent à :

- se lancer dans le combat afin de promouvoir des politiques pour la santé et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en faveur de la santé et de l'équité dans tous les secteurs;
- lutter contre les pressions exercées en faveur de produits dangereux, de la déplétion des ressources, de conditions et de cadres de vie malsains et d'une alimentation déséquilibrée; à appeler également l'attention sur les questions de santé publique posées, par exemple, par la pollution, les dangers d'ordre professionnel, l'habitat et les peuplements;
- combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités dues aux règles et aux pratiques de ces sociétés;
- reconnaître que les individus constituent la principale ressource de santé; à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, ainsi que leurs familles et leurs amis, par des moyens financiers et autres, et à accepter la communauté comme principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être;
- réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé; à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, plus important encore, avec la population elle-même;
- reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social et un défi majeur; et à traiter le problème général que posent les modes de vie sur le plan de l'écologie.

Les participants à la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé.

APPEL POUR UNE ACTION INTERNATIONALE

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la Santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des stratégies et des programmes de promotion de la santé.

Les participants à la Conférence sont fermement convaincus que, si les gens de tous milieux, les organisations non gouvernementales et bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et tous les autres organismes concernés s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales dont s'inspire cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra réalité.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

GUIDE - AFFECTION DE LONGUE DURÉE

La prise en charge de votre maladie coronarienne

Vivre avec une maladie coronarienne

Novembre 2007

Pourquoi ce guide ?

Votre médecin traitant vous a remis ce guide « La prise en charge de votre maladie coronarienne » pour vous informer sur votre maladie, son suivi et son traitement.

Il complète le guide de l'Assurance maladie « La prise en charge de votre affection de longue durée », que vous a adressé votre organisme d'assurance maladie. Il vous aide à dialoguer avec votre médecin et vous donne plusieurs sources d'information.

À l'occasion de la demande d'affection de longue durée (ALD), votre médecin traitant a rempli un protocole de soins* vous assurant la prise en charge à 100 % de l'ensemble des soins et des traitements de la maladie coronarienne et de ses complications.

Ces soins sont définis par la « Liste des actes et prestations »¹ à partir de laquelle votre médecin adapte votre traitement :

- ▶ le plus souvent, votre maladie ne nécessite pas tous les soins ni l'appel à tous les professionnels de santé cités dans ce guide.
- ▶ votre médecin peut éventuellement ajouter à votre traitement des actes et prestations qui ne figurent pas sur cette liste et qu'il estime être nécessaires, avec l'accord du médecin-conseil de votre caisse d'assurance maladie.

Qui est l'auteur de ce document ?

Ce guide a été rédigé par la Haute Autorité de Santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique, créée en 2004.

La Haute Autorité de Santé a pour mission de contribuer au renforcement de la qualité des soins au bénéfice des patients et au maintien d'un système de santé solidaire.

Elle assure notamment la promotion des bonnes pratiques et du bon usage des soins auprès des professionnels, des patients et du grand public. C'est à ce titre qu'elle réalise ce guide en coopération avec les professionnels de la santé et les associations de patients directement concernées.

* Glossaire en page 7.

1. Celle-ci est disponible sur simple demande auprès de votre organisme d'assurance maladie ou de la Haute Autorité de Santé ou encore sur les sites internet de la Haute Autorité de Santé (www.has-sante.fr) ou de l'Assurance maladie (www.ameli.fr). Cette liste est actualisée au minimum une fois par an.

Les soins liés à votre maladie sont pris en charge à 100 %

- Le protocole de soins que vous avez signé avec votre médecin vous permet d'être remboursé à 100 % (sur la base du tarif de la sécurité sociale) pour les soins en rapport avec votre maladie coronarienne.
- Parlez-en à votre médecin traitant, coordonnateur de votre prise en charge et de votre suivi.

Votre maladie coronarienne en quelques lignes

Le cœur est une pompe musculaire puissante qui fournit le corps en oxygène et en substances nutritives que le sang transporte. Pour pouvoir accomplir cet énorme travail de pompe, le cœur est irrigué en permanence par les artères coronaires qui lui fournissent le sang nécessaire à son oxygénation. Les maladies coronariennes regroupent les maladies qui se déclenchent lorsque l'approvisionnement en sang du muscle cardiaque (appelé myocarde) est interrompu ou bloqué. La cause la plus courante est l'obstruction des artères coronaires par une accumulation de matières grasses, le « mauvais » cholestérol. Elles forment des plaques qui rétrécissent les artères (il s'agit d'artériosclérose) et peuvent par la suite se durcir.

Cela peut entraîner :

- ▶ une angine de poitrine : douleur ou inconfort à la poitrine survenant lorsque le cœur ne reçoit pas suffisamment de sang, car les artères coronaires sont partiellement bloquées.
 - Lorsque ces douleurs sont espacées, il s'agit d'insuffisance coronarienne chronique également appelée angor stable.
 - Lorsqu'elles sont fréquemment répétées et répondent difficilement aux médicaments anti-angineux prescrits pour soulager la douleur, il s'agit d'insuffisance coronarienne aiguë, encore appelée angor instable.
- ▶ un infarctus du myocarde couramment appelé « crise cardiaque ». Une crise cardiaque survient lorsqu'une plaque se déplace, bloque soudainement l'artère coronaire et provoque autour d'elle la formation soudaine d'un caillot sanguin. La majeure partie ou tout l'apport de sang à une partie du cœur est alors brutalement interrompu. Les cellules du muscle du cœur qui ne reçoivent pas suffisamment de sang apportant l'oxygène commencent à mourir. Cela peut entraîner des dommages permanents au muscle du cœur, et peut parfois être mortel si un traitement immédiat n'est pas dispensé. C'est en raison de la gravité de l'infarctus du myocarde qu'il est demandé aux personnes ayant des douleurs dans la poitrine d'appeler immédiatement le SAMU (numéro d'appel : 15).

Le traitement de la maladie coronarienne a pour but de soulager le patient, de prolonger sa vie, et d'éviter l'aggravation ou la récurrence de la maladie coronarienne, voire la survenue d'autres maladies cardio-vasculaires telles que l'accident vasculaire cérébral, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, et l'insuffisance cardiaque.

L'éducation thérapeutique et l'adaptation du mode de vie

■ L'éducation thérapeutique a pour buts :

- ▶ de vous former sur la maladie coronarienne, de mieux vous en faire comprendre les enjeux ainsi que les bénéfices de vos traitements ;
- ▶ de vous apprendre à reconnaître les signes d'aggravation ou de survenue d'une complication aiguë et d'avoir alors le réflexe d'appeler sans délai le SAMU (15).

■ L'éducation thérapeutique vous forme :

- à votre nouveau mode de vie : surtout l'arrêt du tabac si vous êtes fumeur ainsi que la pratique de la marche ou d'une activité physique régulière, mais aussi l'adaptation de votre alimentation ;
- si nécessaire, à l'adaptation de votre lieu d'habitation comme de votre poste de travail.

L'éducation thérapeutique doit être continue. Elle concerne aussi votre entourage immédiat.

La prise en charge de la maladie coronarienne

■ À quoi sert le bilan initial ?

La découverte de la maladie coronarienne nécessite de réaliser un bilan qui comporte un examen clinique, un électrocardiogramme*, un bilan sanguin et des examens complémentaires (dont une coronarographie* si votre médecin le juge nécessaire). Il a pour objectifs :

- de définir si l'insuffisance coronarienne est aiguë ou chronique, et d'en évaluer la gravité ;
- de rechercher :
 - les facteurs de risque aggravant la maladie : troubles des graisses, hypertension artérielle, tabagisme, obésité ou surpoids, manque d'exercice physique,
 - d'éventuelles atteintes d'autres artères, qui peuvent exister sans nécessairement se manifester par une gêne ou une douleur.

Les résultats du bilan permettent de définir les traitements qui vous sont le plus adaptés et les moyens de surveiller votre maladie.

■ Quels sont les professionnels impliqués ?

Le bilan est réalisé par votre médecin traitant et/ou un cardiologue. Plusieurs consultations et l'avis d'autres médecins spécialistes et/ou des bilans complémentaires peuvent être nécessaires.

Les associations de patients peuvent aussi vous aider par l'information, l'écoute, l'échange d'expérience avec d'autres personnes atteintes de maladie coronarienne ou leur entourage (*cf. page 8*).

* Glossaire en page 7.

Bien s'informer pour être mieux traité

- Posez toutes vos questions à votre médecin.
- Pensez à les noter entre les consultations.
- Prenez contact avec les associations de patients.
- Apprenez le plus possible sur la maladie coronarienne, les maladies cardio-vasculaires, le mode de vie à adopter.

Le traitement et l'accompagnement de la maladie coronarienne et des facteurs de risque associés

■ Qui prescrit le traitement ?

Le traitement est coordonné par votre médecin traitant et un cardiologue. Le recours à un médecin de réadaptation cardio-vasculaire ou à un diététicien est parfois nécessaire.

■ À quoi sert le traitement ?

- ▶ À contrôler les facteurs de risque cardio-vasculaires c'est-à-dire : contrôler votre poids, votre tension artérielle, votre taux de graisses et de sucre dans le sang, et vous aider à vous arrêter de fumer. Cela dans le but d'éviter la survenue ou l'aggravation de complications cardio-vasculaires.
- ▶ À éviter la récurrence des douleurs dans la poitrine.
- ▶ Lorsque cela est possible, à restaurer la circulation à l'intérieur de vos artères coronaires.

■ En quoi consiste votre traitement ?

En cas d'insuffisance coronarienne, des changements appropriés à votre style de vie peuvent aider à en ralentir la progression en contrôlant vos éventuels facteurs de risque cardio-vasculaires (surpoids, hypertension artérielle, tabac, diabète, hypercholestérolémie).

Lorsqu'une maladie coronarienne est diagnostiquée, le traitement dépend de la gravité et de l'extension de la maladie :

- ▶ vous devez suivre le traitement médicamenteux qui vous a été prescrit en respectant l'ordonnance du médecin ;
- ▶ dans certains cas, une intervention locale au niveau de l'artère abîmée (pontage aorto-coronarien* ou angioplastie transluminale* (appelée couramment « dilatation ») pourra vous être proposée. Elle est réalisée par un médecin spécialiste à l'hôpital.

* Glossaire en page 7.

Bien connaître le traitement de sa maladie coronarienne, c'est :

- connaître les principaux ennemis de la maladie coronarienne : le tabac, le manque d'exercice physique, le diabète, l'hypertension artérielle, les graisses du sang ;
- connaître ses objectifs de traitements, fixés avec le médecin traitant ;
- savoir que le traitement médical doit être suivi sans interruption et à vie ;
- appeler le SAMU (15) en cas de douleur intense et écrasante dans la poitrine ne cédant pas à la prise de trinitrine.

La surveillance de la maladie coronarienne

■ En quoi consiste la surveillance ?

- ▶ À vérifier la prise effective du traitement qui vous a été prescrit, son efficacité, et ses éventuels effets indésirables. Certains médicaments nécessitent aussi une surveillance par prise de sang.
- ▶ À contrôler une éventuelle évolution de la maladie : atteinte de vos artères coronaires, mais aussi des artères irriguant d'autres organes.

Le type d'examen (prise de sang, électrocardiogramme, etc.) et la fréquence dépendent de l'atteinte constatée au bilan initial.

■ Quelles sont les complications de la maladie coronarienne ?

L'insuffisance coronarienne peut affaiblir le muscle du cœur et contribuer à la survenue :

- ▶ de l'insuffisance cardiaque : dans ce cas, le cœur n'est pas en mesure de pomper efficacement le sang vers l'ensemble du corps ;
- ▶ des arythmies (changements du rythme normal des battements du cœur) qui, dans certains cas, peuvent être mortelles.

Bien surveiller sa maladie coronarienne, c'est :

- aller régulièrement aux rendez-vous fixés par son médecin traitant et les spécialistes ;
- effectuer les prises de sang ou examens complémentaires demandés ;
- apprendre à reconnaître les signes d'aggravation qui doivent conduire à une consultation d'urgence et une prise en charge immédiate.

Glossaire

■ Angioplastie transluminale (dilatation)

Opération réalisée pour déboucher/débloquer une artère coronaire bloquée ou rétrécie, permettant ainsi au sang de circuler librement. L'accès à l'artère coronaire se fait à travers l'aîne ou la partie supérieure du bras. Un dispositif comme un petit ballon est inséré dans l'artère et gonflé jusqu'à ce que l'artère s'ouvre suffisamment pour permettre un bon approvisionnement sanguin. Le ballon est ensuite dégonflé et sorti. Après l'angioplastie, le médecin peut introduire un tube maillé en acier appelé stent pour maintenir l'artère ouverte.

■ Coronarographie

Cet examen peut permettre à un médecin de savoir si vos artères coronaires sont dégagées en signalant toute plaque qui s'est accumulée, provoquant un rétrécissement des artères ou bloquant l'approvisionnement sanguin. Elle est généralement effectuée sous anesthésie locale. Le médecin introduit un cathéter dans une artère dans l'aîne, la partie supérieure du bras ou au niveau de l'aisselle et le fait passer à travers les artères coronaires. Un colorant foncé est ensuite injecté dans les artères, et une radiographie est prise pour détecter tout blocage éventuel.

■ Électrocardiogramme

L'électrocardiogramme (ECG) enregistre à la surface du corps le courant électrique de très faible intensité qui parcourt le cœur et active le myocarde à chaque contraction cardiaque. Lors d'un ECG au repos, une électrode est appliquée à chacune des extrémités (bras et jambes) et six autres sur le thorax.

Un appareil produit un tracé qui permet de reconnaître un ancien infarctus et d'éventuels troubles du rythme cardiaque. Cet examen est absolument sans danger et indolore. L'enregistrement de l'ECG ne dure que quelques minutes.

■ Pontage aorto-coronarien

Cette intervention chirurgicale consiste à faire dériver le flux sanguin entre l'aorte (artère la plus volumineuse de l'organisme) et l'artère coronaire obstruée, au moyen d'un fragment de veine ou d'artère qui vous aura été prélevé. Le sang pourra ainsi circuler au-delà de l'obstruction de l'artère coronaire malade.

■ Protocole de soins

Demande de prise en charge à 100 % concernant les soins et traitements liés à votre maladie. Il est établi par votre médecin traitant puis signé par le médecin conseil de l'Assurance maladie et vous est remis. Voir guide de l'Assurance maladie « La prise en charge de votre affection de longue durée ».

■ Trinitrine

Ce médicament dilate les vaisseaux sanguins du corps, y compris les artères coronaires, et diminue le travail cardiaque. Sous forme de comprimés, elle doit être croquée et laissée sous la langue. En spray, elle doit être utilisée en pulvérisation sous la langue. Vous devez toujours porter cette trinitrine sur vous, et en prendre sans délai dès que vous sentez une douleur dans la poitrine apparaître.

Pour en savoir plus

■ **Après de la Haute Autorité de Santé**

Haute Autorité de Santé
2, avenue du Stade-de-France
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
www.has-sante.fr

■ **Après de l'Assurance maladie**

www.ameli.fr ; www.le-rsi.fr ; www.msa.fr
Votre organisme d'assurance maladie :
.....

■ **Après de l'INPES**

Institut national de prévention et
d'éducation pour la santé
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
www.inpes.sante.fr

■ **Après des associations de patients**

Alliance du Cœur (ex-Fnamoc)
190 Boulevard de Charonne
75020 Paris
Tél. : 01 45 65 12 14
www.alliance-coeur.org
Ligne Ecoute santé cœur : 0811 099 098
(N°Azur, prix d'un appel local)

■ **Numéros utiles**

Santé info droits

Appel anonyme et confidentiel de 14 h à
18 h les lundis, mercredis et vendredis ;
de 14 h à 20 h les mardis et jeudis.
N° d'appel : 0 810 004 333
(N° Azur depuis un poste fixe, coût
d'une communication locale) ou
01 53 62 40 30 (à partir d'un portable)
www.leciss.org/sante-info-droits
www.droitsdesmalades.fr

Droit des malades info

Appel anonyme et confidentiel de 14 h à
20 h du lundi au vendredi.
N° d'appel : 0 810 51 51 51
(prix d'un appel local)

Annexe III : Recommandations de l'HAS sur la prise en charge des facteurs de risques cardio-vasculaire dans le suivi post infarctus du myocarde.

L'HAS recommande concernant la prise en charge des FDR CV par le MG dans le suivi post-SCA : - Une aide du sevrage tabagique au décours du SCA avec prescription d'un arrêt du tabac et une prescription appropriée de substituts nicotiques, puis un suivi du tabagisme actif en post-SCA durant la 1ère année - Le suivi de la Pression artérielle tout au long du suivi post-SCA avec un objectif de PA 10 mmol/l ou HbA1c > 8%) puis la prescription d'une HbA1c tous les 3 mois - La prescription d'un bilan lipidique et glucidique pour tous les patients à 3 et 6 mois du suivi - Le suivi du poids avec sa mesure (calcul de l'IMC) et la mesure du périmètre abdominal durant la première année du suivi et 3 fois dans l'année ainsi qu'un suivi diététique au moins une fois dans l'année post-infarctus. Ce suivi diététique comprend également les conseils nutritionnels recommandés en prévention secondaire (notamment le régime hypolipémiant et riche en oméga 3) ainsi que le suivi de la consommation d'alcool. - Le suivi de l'activité physique régulière avec information lors de la 1ère consultation et évaluation de la pratique à 3 et 6 mois après la sortie préconisant un exercice physique modéré de 30 minutes par jour.

Annexe IV : Examens complémentaires recommandés dans le suivi post infarctus du myocarde

Les examens recommandés par l'HAS dans le suivi post-SCA par le MG sont : - La réalisation d'un bilan sanguin lipidique et glucidique systématique à 3 et 6 mois du suivi par un contrôle du LDL cholestérol et la glycémie veineuse à jeun (puis 1 fois/an) ; ce bilan comprend l'HbA1c chez les diabétiques - La réalisation d'une surveillance biologique de certains médicaments du traitement BASI en respect de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) : les IEC par la kaliémie et la créatininémie, et les statines par le dosage des transaminases en début de traitement et les CPK en cas de douleurs musculaires inexpliquées - La réalisation d'un ECG d'effort dans les 3 à 6 mois suivant le SCA (une échographie de stress ou une scintigraphie de perfusion est préconisée si le patient est incapable de réaliser une épreuve d'effort ou ayant un ECG d'effort ininterprétable électriquement) - La réalisation d'une échographie cardiaque avec évaluation de la Fraction d'éjection du Ventricule Gauche (FEVG) à un an du suivi - La réalisation d'un Index de Pression Systolique (IPS) à la recherche d'une artériopathie des membres inférieurs dans la première année - La réalisation d'une consultation avec le cardiologue à un an du suivi avec correspondance du MG avec celui-ci Les recommandations soulignent également la recherche de l'atteinte des organes cibles et de maladies vasculaires par l'interrogatoire et l'examen clinique (sans prescription systématique d'une échographie).

Annexe V : Informations recommandées par la HAS au cours du suivi post-infarctus du myocarde

Il est recommandé par l'HAS qu'une information soit délivrée aux patients par le MG dans le suivi post –SCA concernant : - le sevrage tabagique lors de la 1ère consultation puis au cours de la 1ère année du suivi - le recours au « 15 » en cas de crise et les signes évocateurs de récurrence lors de la 1ère consultation. La recherche d'une douleur thoracique et de l'utilisation de dérivé nitré est préconisée lors de la 1ère consultation et tout au long du suivi - la nécessité d'une activité physique régulière lors de la 1ère consultation post-SCA, puis à 3 et 6 mois après la sortie avec évaluation de celle-ci -le suivi du poids et l'alimentation équilibrée au cours de la première année du suivi post SCA.

ANNEXE VI : Circulaire DHOS/E2 no 2007-216 du 14 mai 2007 relative au développement de l'éducation du patient atteint de maladies chroniques : mise en oeuvre d'une démarche d'évaluation des programmes éducatifs financés dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)

*Direction de l'hospitalisation et
de l'organisation des soins*

Sous-direction qualité et fonctionnement
des établissements de santé
Bureau qualité et sécurité des soins
en établissements de santé

Circulaire DHOS/E2 n° 2007-216 du 14 mai 2007 relative au développement de l'éducation du patient atteint de maladies chroniques : mise en oeuvre d'une démarche d'évaluation des programmes éducatifs financés dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)

NOR : *SANH0730519C*

Date d'application : immédiate.

Références :

Article L. 6111-1 du code de la santé publique ;

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, notamment l'article 6.4 du rapport d'objectifs de santé publique annexé ;

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

Décret n° 2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques et donnant lieu à un financement au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale ;

Décret n° 2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

Arrêté du 23 mars 2007 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Circulaire DHOS/F2/DSS/1A n° 2007-188 du 9 mai 2007 relative à la campagne tarifaire 2007 des établissements de santé ;

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011, ministère de la santé et des solidarités (www.sante.gouv.fr) ;

Prévention : Etats généraux de la prévention : cinq priorités et quinze mesures pour donner un nouvel élan à la politique de prévention, ministère de la santé et des solidarités (www.sante.gouv.fr) ;

Annexes :

Annexe I. - Synthèse des résultats de l'enquête menée en novembre 2006 par la mission T2A.

Annexe II. - Support méthodologique de la démarche d'évaluation-action.

La directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en oeuvre) ; Mesdames et

Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]).

Le développement de l'éducation du patient constitue une priorité du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques prévu dans la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et annoncé par le ministre chargé de la santé le 24 avril 2007. Il s'inscrit également dans la stratégie de prévention rendue publique le 3 janvier 2007 dans le cadre des États généraux de la prévention. Ces démarches visent à intégrer la prévention dans l'approche curative, avec un objectif d'amélioration de la qualité de vie des patients et de décloisonnement entre les nombreux acteurs impliqués.

Cette circulaire a pour objet de présenter la démarche adoptée pour l'utilisation de l'enveloppe budgétaire 2007 dégagée à hauteur de 3,3 millions d'euros au profit de la mission d'intérêt général « actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques ».

I. - CONTEXTE

L'allongement de l'espérance de vie s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques. Selon l'Organisation mondiale de la santé, les maladies chroniques seront la principale cause d'incapacité physique, mentale et sociale dans le monde d'ici à la fin de 2020. Le maintien ou l'amélioration de la qualité de vie des personnes qui ont une maladie chronique passe par une stratégie de traitement et de soins à laquelle s'intègre l'éducation du patient. Son intérêt est souligné dans de nombreuses maladies chroniques même si les bénéfices des interventions éducatives sont complexes à mettre en évidence.

L'évolution des comportements et des demandes des personnes malades, qui souhaitent être mieux informées pour participer aux décisions médicales les concernant et devenir des acteurs à part entière dans la prise en charge de leur maladie, renforce l'importance du développement de cette activité. L'enjeu de l'éducation du patient réalisée dans un cadre coordonné par le médecin traitant est également de réduire la fréquence des complications et des hospitalisations.

Actuellement de nombreux programmes d'éducation sont mis en oeuvre dans les établissements de santé grâce au dynamisme de certaines équipes. Ainsi, ce sont plus de 215 entités juridiques qui déclarent, en 2006, cette activité au titre de la Migac « action de prévention et d'éducation thérapeutique relative aux maladies chroniques » pour un montant national de l'ordre de 60 millions d'euros.

En l'absence d'orientations et de référentiels nationaux, les activités menées dans ce cadre apparaissent d'une grande hétérogénéité selon les territoires, avec un volet « évaluation » insuffisamment développé. L'enquête menée en novembre 2006 par la mission T2A confirme la grande disparité de l'offre (Cf. annexe I).

Les travaux suivants, en cours de réalisation, permettront de mieux formaliser cette activité :

- les recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé (HAS) sur la définition, le champ d'intervention de l'éducation thérapeutique, les méthodes et l'organisation ainsi qu'une étude sur les conditions de pérennisation, au plan économique, de ces activités ;
- l'enquête « EDUPEF » menée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) qui permettra de réaliser un état des lieux des activités d'éducation du patient mises en oeuvre en dégagant une typologie des programmes éducatifs et en décrivant les éléments d'organisation de ces activités au sein des établissements de santé ;
- la réflexion menée par la DHOS sur la valorisation financière de cette activité.

Enfin, le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques propose de développer progressivement des « coordinations régionales de ressources en éducation du patient » qui permettraient de mutualiser l'expertise et l'offre régionale dans ce domaine et d'améliorer ainsi l'accès à l'éducation pour tous les patients concernés.

Face à ce contexte, il s'agit dès lors de favoriser la mise en œuvre de cette activité au sein des établissements de santé publics et privés dans des conditions de qualité, d'équité et d'efficience et de promouvoir l'évaluation des programmes éducatifs.

II. - OBJECTIF ET FINANCEMENT DE LA MESURE

Il s'agira en 2007 de développer, auprès de promoteurs de programmes éducatifs, une démarche « d'évaluation/action » visant d'une part à développer l'évaluation et, d'autre part, à permettre l'élaboration de plans d'amélioration de ces programmes éducatifs. Cette démarche bénéficiera d'un accompagnement méthodologique et pédagogique apporté par une équipe hospitalière déjà existante.

Le budget de 3,3 millions d'euros alloué en 2007 servira à renforcer, dans chaque région, sur une période d'une année, cette équipe hospitalière d'accompagnement qui s'engage à développer et accompagner cette démarche dans les établissements de santé publics et privés.

En 2008, il sera demandé à chaque ARH d'attribuer ce budget de 3,3 millions d'euros aux établissements de santé dont les actions éducatives seront les plus adaptées au contexte local.

III. - MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE

Il revient à l'ARH de choisir l'équipe hospitalière d'accompagnement ainsi que les programmes éducatifs et les établissements de santé participant à la démarche d'évaluation/action selon les modalités les plus adaptées au contexte régional. Le choix de l'équipe et des programmes s'effectuera en concertation avec les structures régionales impliquées dans le développement de l'éducation du patient, en particulier le groupement régional de santé publique, les comités régionaux et départementaux d'éducation et de promotion de la santé.

L'équipe hospitalière d'accompagnement de la démarche devra posséder une expertise dans le champ de l'éducation du patient et des compétences en méthodologie et évaluation. Pilotée par l'ARH, elle aura pour mission de mettre en œuvre, sur une année, la démarche « d'évaluation/action » des établissements de santé publics et privés en apportant un appui méthodologique, conceptuel, et une dynamique d'amélioration de la qualité des programmes évalués.

Cette démarche s'appuiera, en tant que de besoin, sur l'état des lieux établi lors de l'enquête de novembre 2006 de la MT2A et de l'enquête « EDUPEF » de l'INPES, ainsi que sur les recommandations de la HAS, dès leur publication. Elle s'appuiera également sur les éléments décrits dans l'annexe II.

A l'issue de cette démarche, et pour chacun des établissements de santé y ayant participé, les axes d'amélioration intégrant un volet évaluation seront formalisés et feront l'objet d'un avenant dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

IV. - ÉVALUATION DE LA MESURE

Une remontée d'information nationale de la mise en œuvre de cette mesure sera réalisée afin d'apprécier l'apport de cette démarche dans les régions à partir d'une grille standardisée adressée aux ARH.

Vous veillerez à la mise en oeuvre et au suivi de cette circulaire et à nous faire part des difficultés rencontrées.

*La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,*
A. Podeur

ANNEXE I
SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE
MENÉE EN NOVEMBRE 2006 PAR LA MISSION T2A

Extrait du guide méthodologique : contractualisation sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation : janvier 2007

Une courte enquête a été réalisée par la DHOS/MT2A courant novembre 2006, venant compléter l'enquête menée en 2005 et les données des retraitements comptables, pour permettre d'identifier de manière précise et actualisée, les lieux de réalisation de ces activités, les thèmes, les moyens en personnels engagés.

Lors de l'enquête 2006, 239 réponses d'établissements ont été reçues, traduisant la répartition suivante par activité :

ACTIVITÉ	NOMBRE D'ÉQUIPES DÉCLARÉES	NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS RÉPONDANTS
Diabète	199	179
Asthme	89	84
Pathologies cardio-vasculaires	99	88
Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)	40	39
Obésité	61	60
Insuffisance rénale (hors éducation à la dialyse)	40	39
Stomathérapie	93	95

On compte ainsi 621 structures pour 239 établissements, soit en moyenne 2,6 structures dans ces disciplines par établissement.

Parmi les autres activités mentionnées par les établissements répondants, on compte des activités qui font l'objet d'autres MIG (addictologie, centres de dépistage anonyme et gratuit, consultations mémoire, douleur), et aussi : l'allergologie (9 réponses), l'éducation des patients atteints d'hépatite B ou C (13 réponses), du VIH (6 réponses), de mucoviscidose (6 réponses), de troubles du comportement alimentaire (6 réponses), de troubles de la déglutition (3 réponses), les laryngectomisés (3 réponses), et quelques autres activités ponctuelles. Au total, on enregistre 2,8 équipes d'éducation par établissement en moyenne.

Les données 2005 ont permis d'établir que les établissements disposaient en moyenne de 0,8 ETP de temps médical et 3,4 ETP de personnel non médical (tous métiers confondus). Compte tenu de l'observation que les établissements disposent en moyenne de 2,8 équipes d'éducation, l'effectif moyen par équipe est de 0,3 ETP de médecin et 1,2 ETP de personnel non médical. Sur cette base, le montant moyen de charges estimé par équipe, compte tenu d'un taux de charges générales de 15 %, serait de l'ordre de 105 000 euros. Mais les situations sont très disparates, avec des files actives variant de moins de 100 à plusieurs milliers selon les établissements et les activités.

Par exemple, pour les équipes en charge de l'éducation du diabétique, les chiffres suivants sont notés :

- la médiane de nombre de patients en file active est de 258 avec des extrêmes entre 20 et 3000 ;

- avec des prises en charge de nature variée : la plupart des prises en charge se font en séances individuelles (43,7 %) ou en consultations médicales individuelles (38,2 %) ; l'hospitalisation de semaine représente 5,9 % des séances déclarées (mais on peut penser que de nombreuses séances individuelles sont réalisées lors d'hospitalisations) ; l'hôpital de jour est utilisé dans 7,5 % des cas et les séances collectives dans 4,7 % des cas ;

- les moyennes des effectifs donnent les éléments suivants : 0,65 ETP de médecin, 1,19 ETP d'infirmiers, 0,68 ETP de diététiciennes, 0,62 ETP d'autres professionnels.

Dans l'asthme, on retrouve des éléments proches avec des chiffres d'activité inférieurs :

- médiane de patients en file active : 110 ;

- effectifs moyens : 0,27 ETP de médecin, 0,48 ETP d'infirmier, 0,45 ETP d'autres professionnels.

L'hôpital de jour est utilisé comme modalité majoritaire pour l'éducation des patients atteints de BPCO, et de façon importante pour les pathologies cardio-vasculaires et l'insuffisance rénale.

ANNEXE II SUPPORT MÉTHODOLOGIQUE DE LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION-ACTION

Les thèmes devant faire l'objet de cette démarche d'évaluation participative sont les suivants :

1. Phase rapide de descriptif du ou des programmes : pathologies concernées, activités développées, ancienneté du programme, type de personnel et effectifs en ETP, file active de patients, actions de formation, d'enseignement, de recherche.

2. Formation des intervenants : quelle proportion d'intervenants sont formés ? Par quels types de formation ?

Ce volet peut adopter la présentation en niveaux ci-après :

- niveau 1 : expert en éducation thérapeutique (formations spécialisées) ;

- niveau 2 : responsable de programmes d'éducation thérapeutique (diplôme d'université de 120 à 200 heures) ;

- niveau 3 : sensibilisation intensive à l'éducation thérapeutique (modules de formation de 30 à 50 heures) ;

- niveau 4 : sensibilisation à l'éducation thérapeutique (congrès, enseignements post-universitaires).

3. Structuration des programmes :

- sur le fond : existence d'objectifs pédagogiques, de support théorique à la base du programme développé ; définition de la population cible : critères d'inclusion/d'exclusion, territoire couvert ; pluridisciplinarité de l'équipe ;

- sur la forme : existence de procédures écrites, formalisation du ou des programmes, formalisation des séances, outils utilisés, méthodes de suivi et d'évaluation des programmes ;

- cadre des séances individuelles et collectives : hospitalisation complète, de jour, de semaine, consultation hospitalière, consultation libérale, visites à domicile, réseau.

4. Relations avec l'environnement :

- partenariats au sein de l'établissement de santé ;

- partenariats avec les professionnels de santé libéraux, les réseaux ; nombre de professionnels libéraux associés ;

- formation de ces professionnels de santé ;

- relations avec les associations de malades ;

- mode de recrutement des patients.

ANNEXE VII : Enquête de population via le registre MONICA-FRANCE

INTRODUCTION

En France, trois registres recueillent et analysent les données de mortalité et de morbidité coronaires depuis 1985, dans les départements du Bas-Rhin et de la Haute-Garonne, et la Communauté Urbaine de Lille. Ils ont réalisé parallèlement des enquêtes transversales sur des échantillons représentatifs de la population.

Les trois centres ont travaillé dans le cadre du projet MONICA (Multinational MONItoring of trends and determinants in Cardiovascular disease). Il s'agit d'une étude internationale planifiée et coordonnée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) ayant pour objectif de mesurer les tendances et les déterminants de la mortalité et de la morbidité par maladies cardio-vasculaires et d'étudier les facteurs de risque de ces mêmes maladies. Au total, 39 centres répartis dans 27 pays à travers le monde ont participé à l'enquête de 1985 à 1995, dont trois en France.

Les données présentées sont celles recueillies lors de l'enquête de population la plus récente (1995-97) réalisée dans les centres français.

Il nous a semblé utile de diffuser ces informations à un large public afin que ces données récentes et synthétiques puissent être utilisées dans la réflexion en cours sur le système de santé et la prévention cardio-vasculaire.

Les lecteurs intéressés par plus de détails sont invités à contacter le centre coordinateur l'Unité 258 de l'INSERM, ou l'un des trois registres.

METHODOLOGIE



Les enquêtes de population ont été réalisées entre 1995 et 1997 parallèlement dans les trois registres français de Lille, Strasbourg et Toulouse.

Les sujets sélectionnés constituent un échantillon de la population, tiré au sort sur les listes électorales, avec des taux de réponse indiqués ci-dessous. Chacun des trois échantillons comprend environ 1200 hommes et femmes âgés de 35 à 64 ans, également répartis en trois tranches d'âge de 10 ans. Les données présentées ici ne concernent donc que les hommes et les femmes âgés de 35 à 64 ans.

Le recueil des données

Il a été réalisé par un enquêteur dans un centre d'examen de santé ou au domicile du sujet grâce à un questionnaire de près de 400 questions. Un certain nombre de mesures ont été faites sur place : poids, taille, tour de taille, tour de hanches, prise de la tension artérielle, fréquence cardiaque. Un prélèvement sanguin a été effectué à jeun pour le dosage des constantes biologiques. Afin d'assurer la qualité et la comparabilité des résultats, une harmonisation du recueil des données est assurée par le centre coordinateur et les rencontres entre équipes sont régulières.

Taux de réponse des échantillons :

	hommes	femmes
Communauté Urbaine de LILLE	77 %	77 %
Bas-Rhin - STRASBOURG	51 %	50 %
Haute-Garonne - TOULOUSE	66 %	59 %

La population étudiée

	hommes			femmes		
	Lille	Stra	Toul	Lille	Stra	Toul
nombre de sujets inclus	601	563	614	594	568	568
statut marital (%)						
célibataires	6	5	6	6	5	6
mariés ou assimilés	87	89	89	72	80	81
séparés, divorcés	5	4	5	12	6	8
veufs	2	2	0	10	9	5
niveau d'études						
durée moyenne (années)	11.5	12.3	12.8	10.9	11.4	12.4
niveau bac et plus (%)	34	33	39	27	29	36
catégorie socioprof. (%)						
agriculteur-Exploitant	0	5	2	1	4	1
artisan-commerçant-chef d'entreprise	11	7	11	6	4	6
cadres-prof. supérieures	18	12	20	9	6	10
professions intermédiaires	25	33	28	19	25	27
employés	12	9	14	46	45	43
ouvriers	34	34	25	17	14	8
sans activité professionnelle	0	0	0	2	2	5

Taux annuels d'infarctus du myocarde en 1993 (premiers événements et récides)

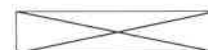
par sexe	
hommes	femmes
233 /100 000	37 /100 000

par registre et par sexe		
	hommes	femmes
Lille	260 /100 000	45 /100 000
Strasbourg	245 /100 000	42 /100 000
Toulouse	193 /100 000	23 /100 000

Ces chiffres concernent l'année 1993.

Ils correspondent à la définition suivante : infarctus du myocarde certains documentés selon les critères MONICA internationaux auxquels s'ajoutent les infarctus possibles avec un diagnostic clinique d'infarctus du myocarde.

LES FACTEURS DE RISQUE



Fréquence des facteurs de risque dans la population : Vue d'ensemble

		Lille	Stra	Toul
		%	%	%
tabac				
≥ 1 cigarette/jour	hommes	31	22	23
	femmes	15	13	20
consommation d'alcool				
hommes : ≥ 40 g d'alcool pur/jour	hommes	39	29	28
femmes : ≥ 20 g d'alcool pur/jour	femmes	25	13	12
hypercholestérolémie				
Taux chol. ≥ 2.5 g/l	hommes	38	41	33
et/ou traitement en cours *	femmes	33	39	30
hypertension artérielle				
PAS ≥ 160mm Hg et/ou PAD ≥ 95 mmHg et/ou traitement en cours*	hommes	33	34	21
	femmes	26	29	19
diabète				
Glycémie ≥ 1.4 g/l	hommes	7	7	5
et/ou traitement en cours	femmes	6	5	3
surpoids				
**Index pondéral ≥ 25 et < 30 kg/m2	hommes	42	51	49
	femmes	31	33	26
obésité				
Index pondéral ≥ 30 kg/m2	hommes	18	23	13
	femmes	22	20	11
sédentarité				
Pas d'activité physique	hommes	84	68	46
extra-professionnelle	femmes	92	82	61

* définition de l'European Atherosclerosis Society, de l'European Society of Cardiology et de l'European Society of Hypertension

** l'index pondéral est calculé grâce au poids et à la taille : IP en kg/m² = Poids en kg / (Taille en m x Taille en m)

La consommation de tabac

	hommes			femmes		
	Lille	Stra	Toul	Lille	Stra	Toul
fumeurs réguliers (%) (≥ 1 cigarette/jour)	31	22	23	15	13	20
nb moyen de cigarettes/jour (fumeurs actuels)	20.5	20.3	16.9	16.5	14	13.7
âge moyen de début de tabagisme (ans) (fumeurs actuels ou anciens fumeurs)	17.6	18.3	18.4	22.2	20.2	20.5
ex-fumeurs (%) (parmi les non-fumeurs actuels)	63	56	55	18	21	27

Chez les hommes, la consommation de tabac est plus élevée dans la Communauté Urbaine de Lille que dans les deux autres régions à la fois en terme de proportion de fumeurs et de quantité fumée.

Chez les femmes, la proportion de fumeuses est plus élevée dans la Haute-Garonne, alors que leur consommation est plus élevée à Lille.

La consommation d'alcool

	hommes			femmes		
	Lille	Stra	Toul	Lille	Stra	Toul
consommateurs habituels (%) (≥ 1 verre/semaine)	89	88	78	73	63	53
consommation moyenne totale des buveurs (grammes d'alcool pur /jour)	44.0	33.3	35.0	18.1	12.1	14.3
détail de la consommation (g d'alcool pur /jour)						
Vin	23.2	21.4	30.1	9.6	8.7	12.5
Cidre	0.1	0.1	0.0	0.2	0.1	0.0
Bière	13.8	9.4	2.1	5.3	2.5	0.4
Apéritif	6.2	1.9	2.7	2.9	0.9	1.4
Digestif	0.8	0.4	0.1	0.1	0.1	0.0
âge moyen de début de consommation régulière (ans)	20.8	20.1	19.6	25.1	22.7	22.5

L'équivalence de la quantité d'alcool contenu dans un verre est spécifique du type de boisson. Un "verre" équivaut à un verre de vin ou de champagne à 12 degrés (10 cl), un verre d'apéritif à 18 degrés (7 cl), un demi de bière ou une boîte de cidre à 5 degrés (25 cl), une dose de whisky, de pastis ou de digestif à 45 degrés (2.5 cl).

Pour les deux sexes, les indicateurs de consommation d'alcool sont tous plus élevés dans la Communauté Urbaine de Lille, puis dans le Bas-Rhin et en Haute-Garonne, région dans laquelle la consommation de vin est la plus forte.

La sédentarité

	hommes			femmes		
	Lille	Stra	Toul	Lille	Stra	Toul
activité extra-professionnelle (%) (intense, durant au moins 20 min plusieurs fois/sem)	16	32	55	8	18	39
activité sportive régulière (%) (plus de 2 heures/sem)	23	42	40	14	34	32

Une activité physique extra-professionnelle ou sportive est pratiquée de façon insuffisante dans les trois régions, mais l'importance de la sédentarité dans la Communauté Urbaine de Lille doit être soulignée.

L'hypertension artérielle

	hommes			femmes		
	Lille	Stra	Toul	Lille	Stra	Toul
fréquence cardiaque moyenne	72	67	66	73	70	69
PA systolique moyenne (mmHg)	137	137	135	131	130	127
PA diastolique moyenne (mmHg)	85	88	82	81	82	77
PA mesurée dans l'année (%)	90	90	90	93	90	91
pour un seuil d'HTA à 140/90 mmHg :						
prévalence : PA≥140/90 et/ou traitement en cours (%)	49	57	39	42	41	29
HTA connues parmi les HTA (%)	44	39	48	57	60	65
HTA traitées parmi les HTA connues (%)	80	65	63	79	74	77
HTA contrôlées** parmi les HTA traitées (%)	21	8	23	28	30	32
pour un seuil d'HTA à 160/95 mmHg :						
prévalence : PA≥160/95 et/ou traitement en cours (%)	33	34	21	26	29	19
HTA connues parmi les HTA (%)	62	58	71	82	75	87
HTA traitées parmi les HTA connues (%)	85	74	80	89	85	87
HTA contrôlées** parmi les HTA traitées (%)	57	35	58	66	51	68
chez les hypertendus, nb de consultation/an pour HTA						
chez le généraliste	7	5	4	7	7	5
chez un spécialiste, hôpital ou clinique privée	1	1	0	0	1	0

* pression artérielle < 140/90 mmHg sous traitement - ** pression artérielle < 160/95 mmHg sous traitement

Dans l'ensemble des régions, des progrès notables de prise en charge de l'hypertension artérielle doivent être faits, puisque le niveau tensionnel d'environ un hypertendu sur cinq n'est pas correctement normalisé par le traitement. La prise en charge de l'hypertension artérielle est essentiellement le fait des médecins généralistes (4 à 7 consultations en moyenne par an).

C'est dans le Bas-Rhin que les difficultés dans ce domaine semblent être les plus marquées ; la proportion d'hypertendus traités, mais surtout le pourcentage de sujets dont le traitement antihypertenseur est efficace, y apparaît nettement plus faible que dans les deux autres régions.

L'hyperlipémie

	hommes			femmes		
	Lille	Stra	Toul	Lille	Stra	Toul
cholestérol total (g/l)	2.28	2.34	2.26	2.29	2.32	2.22
triglycérides (g/l)	1.53	1.33	1.19	1.09	0.93	0.87
HDL-cholestérol (HDL-c) (g/l)	0.52	0.52	0.50	0.64	0.63	0.64
LDL-cholestérol (LDL-c) (g/l)	1.49	1.56	1.55	1.44	1.50	1.42
rapport LDL-c/HDL-c	3.13	3.23	3.31	2.44	2.55	2.43
cholestérol mesuré dans l'année (%)	44	54	52	42	57	60
prévalence d'une hyperlipidémie (%) (chol \geq 2.5 g/l et/ou trigly \geq 2 g/l et/ou traitement en cours)*	48	48	38	35	40	31
prévalence d'une hypercholestérolémie (%) (chol \geq 2.5 g/l et/ou traitement en cours)*	38	41	33	33	39	30
hypercholestérolémie connue (%) (parmi les hypercholestérolémiques)	44	40	39	45	46	37
hypercholestérolémie traitée (%) (parmi les hypercholestérolémiques connus)	68	47	64	55	54	54
hypercholestérolémie contrôlée (%) (parmi les hypercholestérolémiques traités)	72	66	73	56	51	75
n'ont jamais eu connaissance de mesures de prévention contre l'hypercholestérolémie (%)	24	12	32	19	13	27

* définition de l'European Atherosclerosis Society, de l'European Society of Cardiology et de l'European Society of Hypertension.

Les taux des lipides sanguins diffèrent relativement peu entre les régions. La fréquence de la prise en charge thérapeutique des hypercholestérolémies connues est inférieure à celle de l'hypertension artérielle. Dans l'ensemble, le niveau de prise en charge apparaît plus bas dans le Bas-Rhin.

Le diabète

	hommes			femmes		
	Lille	Stra	Toul	Lille	Stra	Toul
glycémie (g/l)	1.02	1.01	1.07	0.98	0.92	0.99
dépistage du diabète fait au moins 1 fois (%)	94.3	91.1	94.5	98.1	91.1	92.6
prévalence du diabète (glycémie \geq 1.4 g/l et/ou traitement en cours)	6.9	6.6	5.4	6.2	4.9	3.0
diabète connu (parmi les diabétiques) (%)	76	81	76	78	96	82
diabète traité (parmi les diabétiques connus) (%)	87	93	96	100	69	100
diabète contrôlé (%) (parmi les diabétiques traités avec glycémie < 1.4 g/l)*	37	41	21	29	56	57
chez les diabétiques connus, nb de consultations pour le diabète/an :						
chez le généraliste	6	4	3	8	7	2
chez un spécialiste, hôpital ou clinique privée	1	1	0	1	2	1

La prévalence du diabète semble plus élevée dans la Communauté Urbaine de Lille et dans le Bas-Rhin. La proportion de diabétiques traités et dont le traitement normalise effectivement la glycémie est insuffisant dans les trois régions.

Comme pour l'hypertension artérielle, les médecins généralistes sont au premier plan de la prise en charge des diabétiques. Le nombre annuel de consultations d'un diabétique augmente de la Haute-Garonne à la Communauté Urbaine de Lille, le Bas-Rhin étant en position intermédiaire. Les mêmes différences peuvent être observées pour le nombre moyen de consultations des sujets hypertendus.

CONCLUSION



Les disparités régionales de mortalité, de morbidité et de prise en charge thérapeutique de l'infarctus du myocarde dans les trois régions étudiées ont été montrées dans une plaquette récente (voir page [Résultats/Registre MONICA](#)). Les résultats de l'enquête transversale de population, décrits plus haut, soulignent quelques pistes pour améliorer l'efficacité du système de soins et des programmes de prévention cardio-vasculaire.

La répartition des facteurs de risque cardio-vasculaire observée dans les trois registres est cohérente avec les données sur la mortalité et la morbidité coronaires. La Haute-Garonne "bénéficie" de niveaux plus faibles, tant des facteurs de risque que de la fréquence de la maladie. Dans le Bas-Rhin, le surpoids et l'hyperlipémie paraissent fréquents et leur prise en charge insuffisante. Le contrôle thérapeutique de l'hypertension artérielle est à améliorer dans les trois régions, particulièrement dans le Bas-Rhin. Dans la Communauté Urbaine de Lille, la consommation d'alcool et de tabac est spécialement élevée.

Les régions, dans lesquelles les comportements de prévention (tabac, index pondéral) et la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire (hypertension artérielle, hyperlipémie) sont les plus satisfaisants, sont aussi celles où la prévention générale est la plus développée, comme en témoignent les quelques indicateurs de prévention non cardio-vasculaire retenus dans cette enquête. Les disparités géographiques de mortalité coronaire recoupent largement les disparités de mortalité par d'autres causes. Elles apparaissent également liées plus étroitement aux différences de létalité cardio-vasculaire qu'à celles de l'incidence de l'infarctus, ce qui pourrait refléter l'importance de l'état de santé général et du comportement de santé sur la survie après un épisode coronarien aigu. Ceci souligne le fait que l'approche des maladies cardio-vasculaires doit relever d'une double démarche. Elles méritent une réflexion spécifique, centrée sur leurs facteurs de risque, connus et accessibles au traitement, mais elles doivent être aussi abordées plus largement, car le déficit de prévention cardio-vasculaire va de pair avec celui de la prévention générale.

Les données présentées ici concernent les facteurs de risque dits "classique" (tabagisme, hypertension artérielle ou hyperlipémie) accessibles à l'activité curative et préventive du système de soins. L'importance de ces facteurs, liés au comportement de chacun, ne doit pas masquer les facteurs économiques, psychologiques et sociaux dont certains influencent les comportements individuels et ont, pour d'autres, un rôle direct sur l'incidence et la mortalité cardio-vasculaires.

La place de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge actuelle des patients atteints de syndrome coronarien

La maladie coronarienne est la deuxième cause de mortalité en France. Les facteurs de risque cardiovasculaire (FDR CV) dont certains sont modifiables, sont responsables de la survenue de la majorité des Syndromes Coronariens Aigus (SCA).

La prise en charge des FDR CV dans le suivi post-SCA des patients est insuffisante. La prévention secondaire après un SCA pourrait être améliorée par le développement de l'éducation thérapeutique du patient coronarien en ambulatoire, avec une meilleure coordination entre médecins généraliste, cardiologue et un partenariat avec les patients eux-mêmes.

Mots clés : Education thérapeutique, maladie chronique, facteurs de risques, non observance

The place in the therapeutic education in the current care of the patients achieves of coronary syndrome

Coronary heart disease is the second leading cause of death in France. The cardiovascular risk factors (CV RF) some of which are modifiable, are responsible for the occurrence of the majority of Acute Coronary Syndromes (ACS).

The control of CV RF after ACS is insufficient. Secondary prevention for coronary patients after ACS could be improved by developing a therapeutic education in ambulatory, with better coordination between PGs, cardiologist and a partnership with the patients themselves.

Key words : Therapeutic education, chronic disease, risk factor, non-compliance of treatment