

**UNIVERSITE DE NANTES
FACULTE DE PHARMACIE**

ANNEE 2012

N° 031

THESE
Pour le
DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par
Isabelle FETIVEAU

Présentée et soutenue publiquement le mardi 5 juin 2012

**LE PHARMACIEN D'OFFICINE ET L'ÉDUCATION
THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT INSUFFISANT
CARDIAQUE**

Président : Mme Laurence COIFFARD, Professeur de Cosmétologie,
Faculté de Pharmacie, Nantes.

Membres du jury : Mme Françoise BALLEREAU, Professeur de Pharmacie
Clinique et de Santé Publique, Faculté de Pharmacie, Nantes.

Mme Anne LE RHUN, Médecin de santé publique, UTET,
Hôpital Saint Jacques, CHU NANTES

Sommaire

SOMMAIRE	2
TABLES DES ILLUSTRATIONS	8
INTRODUCTION.....	9
PARTIE 1 L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT : ETP..	11
1 La maladie chronique	12
1.1 Définition	12
1.2 Evolution de la relation patient / soignant.....	13
1.3 Vivre avec une maladie chronique	14
1.3.1 Les stades d'acceptation de la maladie chronique (8).....	15
1.3.1.1 Le processus d'intégration	16
1.3.1.2 Le processus de distanciation	17
1.3.2 Les représentations et les conceptions du patient sur la maladie et son traitement.....	18
1.3.3 Les croyances de santé	18
1.3.4 Le « locus of control » de la santé.....	20
2 Qu'est ce que l'éducation thérapeutique du patient ?	21
2.1 Définition	21
2.2 L'éducation thérapeutique se distingue de différents concepts.....	23
2.2.1 L'éducation pour la santé	23
2.2.2 L'éducation à la maladie	24
2.2.3 Les programmes d'accompagnement.....	25

2.2.3.1	Les programmes d'accompagnement du patient menés par les associations de patients.....	25
2.2.3.2	Le <i>disease management</i> (DM).....	26
2.2.3.3	Les Programmes d'accompagnement du patient proposés par l'industrie pharmaceutique	26
2.3	Les sources à l'origine de l'ETP	28
2.3.1	Evolution démographique	28
2.3.2	Une mauvaise observance fréquente	29
2.3.3	Evolution sociologique dans la vision de leur santé par les patients	30
2.4	Les finalités de l'ETP	31
3	A qui proposer l'éducation thérapeutique ?	34
4	Qui peut faire de l'éducation thérapeutique du patient ?	35
4.1	Une équipe multidisciplinaire	35
4.2	Les compétences à acquérir.....	36
5	Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient.....	38
5.1	Les différentes offres d'éducation thérapeutique du patient	38
5.1.1	Education initiale.....	38
5.1.2	Suivi éducatif.....	39
5.1.3	Reprise éducative	39
5.2	La démarche pédagogique d'éducation thérapeutique du patient	40
5.2.1	Elaboration du diagnostic éducatif	41
5.2.2	Définition d'un programme personnalisé d'éducation thérapeutique du patient .	42
5.2.2.1	Définition des objectifs pédagogiques (6)	43
5.2.2.2	Contrat d'éducation (6).....	43
5.2.3	Planification et mise en œuvre des séances d'éducation thérapeutique du patient (10)	44
5.2.3.1	Les différents types d'éducation thérapeutique	45
5.2.3.1.1	L'éducation individuelle	45
5.2.3.1.2	L'éducation collective	45
5.2.3.1.3	Les auto-apprentissages.....	46
5.2.3.2	Les ressources éducatives	46
5.2.4	Réalisation d'une évaluation	48
5.2.4.1	Evaluation du patient	48
5.2.4.2	Evaluation du programme d'éducation par le patient.....	49

5.2.4.3	Evaluation de programmes d'éducation par l'équipe éducative ou un évaluateur externe	49
6	Le pharmacien d'officine et l'éducation thérapeutique du patient	51
6.1	Les « soins pharmaceutiques » ou « pharmaceutical care ».....	51
6.2	La loi Hôpital Patient Santé et Territoires (HPST)	53
6.3	Les atouts et les faiblesses de la pharmacie pour réaliser l'éducation thérapeutique du patient	55
6.3.1	Les atouts du pharmacien pour l'ETP	56
6.3.1.1	L'accessibilité et la disponibilité du pharmacien.....	56
6.3.1.2	La crédibilité du pharmacien auprès du public en tant que professionnel de santé	57
6.3.1.3	Le pharmacien est le spécialiste du médicament	57
6.3.1.4	Le pharmacien a une connaissance globale du patient	58
6.3.2	Les obstacles au développement de l'ETP en officine.....	58
6.3.2.1	Le manque de temps	59
6.3.2.2	Le manque de rémunération	59
6.3.2.3	Le manque de formation	61
6.3.2.4	La nécessité d'un espace de confidentialité	62
6.3.2.5	Le manque de crédibilité.....	62
6.3.2.6	Le manque de collaborations interprofessionnelles.....	63

PARTIE 2 DONNEES GENERALES SUR L'INSUFFISANCE

CARDIAQUE 64

1 Physiopathologie..... 65

2 Les différents types d'insuffisance cardiaque..... 67

2.1 Insuffisance cardiaque aigüe / chronique 67

2.2 Insuffisance cardiaque gauche / droite / globale 68

2.2.1 Insuffisance cardiaque gauche 68

2.2.2 Insuffisance cardiaque droite 70

2.2.3 Insuffisance cardiaque globale 71

2.3 Insuffisance cardiaque systolique / à fraction d'éjection préservée 71

3 Traitement de l'insuffisance cardiaque..... 73

3.1 Objectifs du traitement 73

3.2 Prévention..... 73

3.3 Traitement non pharmacologique..... 74

3.4 Traitement médicamenteux 76

3.4.1 Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) 76

3.4.2 Les bêtabloquants 77

3.4.3 Les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II)..... 78

3.4.4 Les diurétiques 79

3.4.4.1 Les diurétiques de l'anse et thiazidiques 79

3.4.4.2 Les antagonistes des récepteurs de l'aldostérone 80

3.4.5 La digoxine..... 81

3.5 Dispositifs et chirurgie 82

3.5.1 Traitement chirurgical 82

3.5.2 Traitement électrique..... 83

3.6 Stratégie thérapeutique 84

3.6.1 Stratégie thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque avec altération de la fonction systolique du ventricule gauche (39) 84

3.6.2 Stratégie thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection ventriculaire gauche préservée (39) 85

PARTIE 3 EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

INSUFFISANT CARDIAQUE.....86

1 Nécessité d'une nouvelle approche dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque..... 87

- 1.1 L'insuffisance cardiaque est une maladie fréquente 87
- 1.2 L'insuffisance cardiaque est une maladie grave..... 88
- 1.3 L'insuffisance cardiaque est une maladie coûteuse 89
- 1.4 L'insuffisance cardiaque est une maladie invalidante avec un impact sur la qualité de vie 89

2 Preuve de l'efficacité de l'éducation thérapeutique des patients dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque..... 92

3 Éducation des patients insuffisants cardiaques en France : état des lieux 95

- 3.1 Structures et programmes locaux et régionaux d'éducation thérapeutique..... 95
 - 3.1.1 Unité Transversale d'Education (UTE)..... 95
 - 3.1.2 Unité Thérapeutique d'Insuffisance Cardiaque (UTIC)..... 96
 - 3.1.3 Réseaux 98
- 3.2 Structures et programmes d'ampleur nationale..... 100
 - 3.2.1 Le programme I-CARE 100
 - 3.2.2 Programme d'ETP de la MSA 103

4 Le réseau Respecti-cœur « RESeau de Prise En Charge et Traitement de l'Insuffisance Cardiaque »..... 105

- 4.1 Présentation du réseau 105
 - 4.1.1 L'équipe multidisciplinaire 105
 - 4.1.2 Les patients adhérents 106
 - 4.1.3 Les professionnels de santé adhérents..... 106
- 4.2 Le parcours du patient 107
 - 4.2.1 Adhésion au réseau..... 107
 - 4.2.2 L'éducation thérapeutique..... 108
 - 4.2.2.1 Le diagnostic individuel..... 108
 - 4.2.2.2 Le contrat éducatif 109

4.2.2.3	Education initiale	112
4.2.2.3.1	Education individuelle personnalisée à domicile	112
4.2.2.3.2	Education collective	112
4.2.2.4	Suivi éducatif et évaluation.....	113
4.3	Evaluation de l'efficacité du réseau	114
4.3.1	Évaluation économique en lien avec la CPAM.....	114
4.3.2	Evaluation du réseau dans la vie réelle (thèse du Dr Gillet)	115
5	Exemples d'implication du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient insuffisant cardiaque.....	117
5.1	A l'étranger	117
5.2	En France.....	119
	CONCLUSION.....	124
	ANNEXES	126
	Annexe 1 : Compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique.....	127
	Annexe 2 : Posologie de principaux médicaments utilisés dans l'insuffisance cardiaque.....	129
	Annexe 3 : Respecti-cœur : le classeur patient	130
	Annexe 4 : Respecti-cœur : Diagnostic éducatif – Grille d'entretien	149
	Annexe 5 : Fiche de synthèse des traitements de l'insuffisance cardiaque remise au patient (Respecti-cœur).....	151
	Annexe 6 : Grille d'entretien du pharmacien lors du diagnostic éducatif au sein du réseau RESIC 38.....	152
	BIBLIOGRAPHIE	153

Tables des illustrations

Tableau I : Attitudes recommandées pour les soignants dans les 4 stades de croyances de santé (9)	19
Tableau II : Compétences à acquérir par le patient au terme d'un programme d'éducation thérapeutique, quels que soient la maladie, la condition ou le lieu d'exercice (6).....	33
Tableau III : Ressources éducatives pour l'apprentissage de compétences en ETP (23)	47
Tableau IV : Article 38 de la loi HPST (Art L5125-1-1 A)	54
Tableau V : Classification NHYA (39).....	69
Tableau VI : Recommandations pour les programmes de prise en charge de l'insuffisance cardiaque (39).....	75
Tableau VII : Algorithme décisionnel pour le traitement de l'insuffisance cardiaque systolique d'après les recommandations de la Société européenne de cardiologie (39).....	84
Tableau VIII : Référentiel d'éducation des insuffisants cardiaques ou objectifs thérapeutiques (Respecti-cœur).....	110
Tableau IX : Place et rôle du patient au sein du réseau RESIC 38 (93).....	121
Tableau X : Place et rôle du pharmacien au sein de réseau CARDIAUVERGNE (95)	123
Figure 1 : Les stades d'acceptation de la maladie (7).....	16
Figure 2 : Les concepts en éducation du patient (12).....	25
Figure 3 : Démarche pédagogique de l'éducation thérapeutique du patient (10)	41
Figure 4 : Le parcours du patient au sein du réseau Respecti-cœur	108

Introduction

La prise en charge des patients atteints d'une maladie chronique représente un enjeu important pour le système de santé et la société. Dans un contexte où le nombre de personnes atteintes d'une maladie chronique ne cesse d'augmenter, où la réduction des dépenses de santé liées aux maladies chroniques est un défi pour l'assurance maladie, où les patients demandent à participer aux décisions concernant leur santé, où la gestion des pathologies chroniques est de plus en plus complexe ; une nouvelle approche de la prise en charge du patient est devenue nécessaire.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a montré qu'elle pouvait être une réponse à cette problématique. En effet, de nombreuses études ont démontré que l'ETP permet de réduire l'incidence et la gravité des complications ainsi que le nombre et la durée des hospitalisations qui sont coûteuses pour le système de santé et qui diminuent la qualité de vie des patients (1). L'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences nécessaires pour gérer au mieux leur quotidien avec une maladie chronique. Elle impose donc une modification de la relation soignant – soigné où le patient a une place centrale, devenant un partenaire des soignants et un acteur de sa santé.

L'ETP s'est donc imposée comme un élément indispensable à la prise en charge globale des patients atteints de maladies chroniques, en particulier depuis la loi HPST (Hôpital Patient Santé et Territoires) de 2009 et ses décrets d'application de 2010. Cette loi reconnaît l'intégration de l'ETP dans le parcours de soin des patients atteints de maladies chroniques. Elle est aussi importante pour le pharmacien puisqu'elle définit de nouvelles missions pour le

pharmacien d'officine, dont la possibilité de participer à l'ETP. Je me suis donc intéressée à ce qu'était concrètement l'ETP et quelle pouvait être la place du pharmacien. Pour cela, j'ai voulu assister à des séances d'ETP. Mes recherches m'ont amenée à contacter le réseau Respecti-cœur qui est pionnier dans le développement de l'éducation thérapeutique du patient insuffisant cardiaque en France. J'ai donc pu observer quelques séances d'ETP au sein de ce réseau. A la suite de ces rencontres, j'ai voulu orienter mon travail vers l'éducation thérapeutique du patient insuffisant cardiaque. Il s'agit en effet d'une pathologie chronique où l'ETP est devenu un élément à part entière de la prise en charge des patients. En effet, malgré les progrès thérapeutiques récents, l'insuffisance cardiaque reste un enjeu majeur de santé publique.

La première partie de ce travail consiste à définir l'ETP et la place du pharmacien dans cette nouvelle approche du patient. La deuxième partie comporte des données générales sur l'insuffisance cardiaque et sa prise en charge. Enfin, dans la troisième partie nous nous intéresserons au développement de l'éducation thérapeutique du patient insuffisant cardiaque à l'étranger et en France et plus particulièrement au réseau Respecti-cœur. Enfin nous verrons des programmes d'ETP qui intègrent un pharmacien dans leur structure.

Partie 1
L'éducation thérapeutique
du patient : ETP

1 La maladie chronique

1.1 Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la maladie chronique se définit comme une affection de longue durée qui, en règle générale, évolue lentement(2). Cette définition insiste sur la notion de durée et d'évolution de la maladie. De plus, elle repose sur des critères étiologiques tout comme la définition des affections de longue durée (ALD) en France. Les ALD sont des maladies qui nécessitent un suivi et des soins prolongés (plus de six mois) et des traitements coûteux ouvrant droit à la prise en charge à 100% (3). Ces définitions ne permettent pas une approche globale du malade chronique et négligent les conséquences sur la vie quotidienne de la maladie sur un individu (4). Une définition transversale de la maladie chronique prenant en compte ces différents paramètres paraît donc nécessaire. Dans cette optique, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) dans son rapport sur « La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique »(4) recommande de définir la maladie chronique, comme cela a déjà été proposé par le « Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteints de maladie chronique »(5), selon différentes caractéristiques :

- La présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive.
- Une ancienneté minimale de trois mois.
- Un retentissement sur la vie quotidienne : limitation fonctionnelle des activités et de la participation sociale ; dépendance vis à vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle ainsi que la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une

adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

1.2 Evolution de la relation patient / soignant

La relation médecin – patient a évolué en parallèle de l'histoire de la médecine suivant les progrès de la science et l'évolution de la société. Grâce à l'amélioration des connaissances anatomiques et physiologiques, aux progrès diagnostiques puis à la découverte de traitements efficaces, les médecins soignent et guérissent un nombre croissant de maladies. Cependant, la médecine est confrontée à l'avènement des maladies de longue durée avec, pour conséquence, une évolution nécessaire de la relation entre le patient et les professionnels de santé.

Szasz et Hollender ont proposé une classification des différentes catégories de relation médecin – malade selon le rôle décisionnel du patient dans la relation. Celle-ci est représentée suivant trois styles, selon que le patient est actif ou passif dans la relation, le médecin étant toujours considéré comme actif :

- La relation de type « activité – passivité ». Le patient est totalement passif, il ne participe pas à sa prise en charge et se laisse soigner. Cette situation est rencontrée dans le contexte des urgences médicales et chirurgicales.
- La relation de type « direction – coopération ». le soignant est dans une situation d'autorité alors que patient vient chercher de l'aide et obéit. Il s'agit de la relation la plus fréquemment rencontrée.
- La « participation mutuelle » : les compétences et les responsabilités sont partagées entre le soignant et le patient qui est acteur de sa santé. Il s'agit de la relation la plus adaptée à la prise en charge de la maladie chronique(6).

La maladie chronique nécessite donc une modification de la relation médecin – patient d'un rapport autoritaire vers une relation de responsabilité mutuelle et de collaboration. Le patient participe de plus en plus à la prise en charge de ses soins pour devenir autonome et responsable. Les soignants partagent leur savoir avec le patient pour que celui-ci devienne un « profane soignant » mais le patient apporte lui aussi son savoir dans un partage réciproque (6).

1.3 Vivre avec une maladie chronique

Le patient doit être au centre de la relation éducative. Le soignant, pour prendre en charge un malade chronique, doit donc tenir compte des différentes caractéristiques du patient. Il faut distinguer deux types de facteurs : ceux qui sont non modifiables et les facteurs modifiables dans lesquels le soignant peut jouer un rôle. Les déterminants non modifiables ou facteurs primaires sont : l'âge, le sexe, le type de maladie, les origines socioculturelles, le statut économique, le niveau d'instruction, l'expérience antérieure de la maladie. Les déterminants modifiables ou facteurs secondaires comprennent les réactions émotionnelles liées au processus d'acceptation de la maladie, les représentations ou conceptions de la maladie, les croyances de santé et le « locus de contrôle » de santé. Il est nécessaire que les soignants connaissent ces différents facteurs afin d'avoir une attitude adaptée face à un malade chronique(7).

1.3.1 Les stades d'acceptation de la maladie chronique(8)

L'acceptation d'une maladie chronique est un processus de maturation par lequel tout individu doit passer. Ce processus est souvent comparé au travail de deuil car le malade doit accepter de perdre son état de santé antérieur.

L'acceptation de la maladie débute par le choc initial de l'annonce du diagnostic de la maladie chronique qui engendre chez le patient une angoisse et une certaine stupeur. Face à la réaction initiale du patient, le soignant ne doit pas inonder le patient d'informations qu'il n'est pas en mesure de recevoir, mais plutôt permettre au patient d'exprimer ses sentiments et lui manifester soutien et encouragements. La qualité de l'annonce du diagnostic conditionne l'acceptation de la maladie chronique par le malade et sa relation future avec la maladie.

Après cette première phase de choc, le patient peut évoluer vers deux trajectoires différentes :le processus d'intégration qui correspond au déroulement normal du travail de deuil et le processus de distanciation lorsque le travail de deuil a échoué et que le malade garde des résistances aux changements que lui impose sa maladie (figure 1).

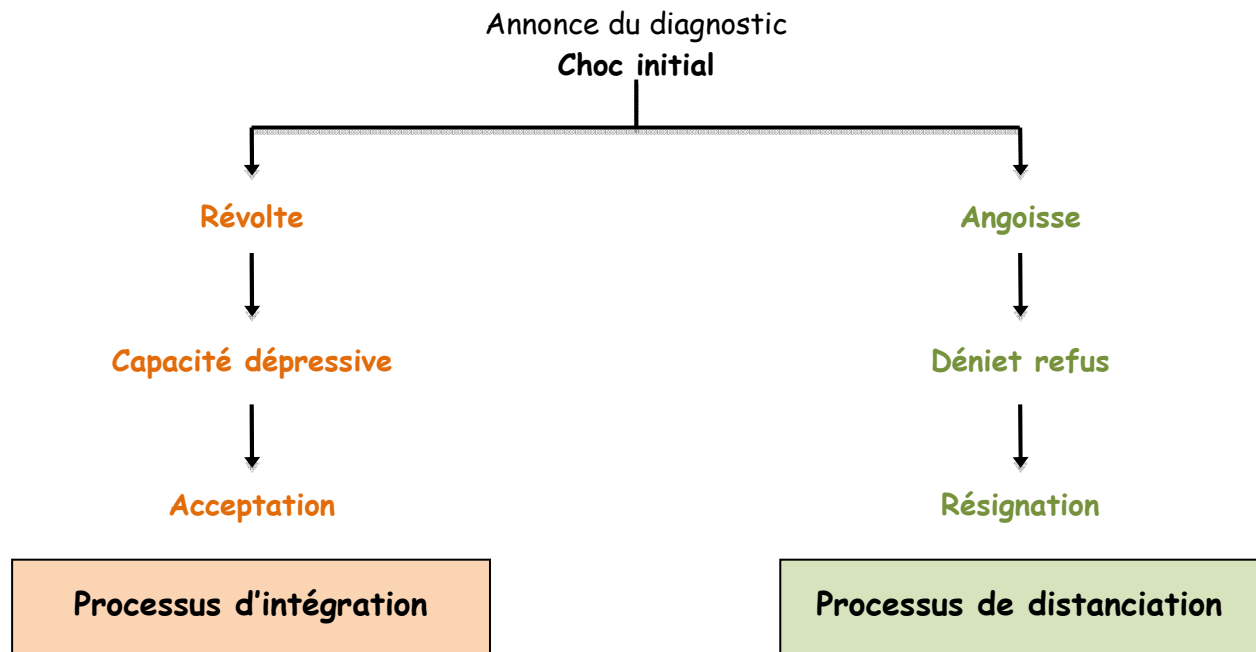


Figure 1 : Les stades d'acceptation de la maladie(7)

1.3.1.1 Le processus d'intégration

Le choc initial est suivi d'une phase de révolte : la maladie est ressentie comme une injustice, ce qui entraîne des sentiments de révolte, de colère et de rage de la part du patient. Le soignant ne doit pas se sentir visé par l'agressivité du patient car elle ne s'adresse pas à lui mais à la maladie, mais il doit manifester de l'empathie et de la compréhension pour aider le patient à faire face à la réalité.

Si le patient parvient à surmonter sa colère, il passera alors dans la phase de capacité dépressive. Ce stade n'est pas un état dépressif et est de bon pronostic dans le cheminement vers l'acceptation de la maladie. Le patient éprouve de la tristesse face à ce qu'il doit désormais assumer et concilier avec sa vie. Le rôle du soignant est de faire preuve d'écoute

active en aidant le patient à exprimer sa tristesse sans avoir peur de ses manifestations (pleurs...) et de l'encourager à élaborer un projet de vie compatible avec sa maladie.

Le patient entre dans la phase d'acceptation lorsqu'il assume sa maladie et recouvre un équilibre émotionnel qui lui permet de gérer sa maladie au quotidien. Il reconnaît que la maladie implique des contraintes et est prêt à s'impliquer activement dans sa prise en charge. Le rôle du soignant est de valoriser l'autonomie du patient et de favoriser une relation de partenariat et de coopération avec le patient.

1.3.1.2 Le processus de distanciation

Dans cette seconde trajectoire, la situation de choc est suivie d'un sentiment d'angoisse, la maladie constitue une menace insurmontable aux yeux du patient. Pour faire face, le patient construit un mécanisme de défense : le déni. Le patient banalise son état pour se préserver de la gravité de sa pathologie. Le soignant doit instaurer un climat de confiance avec le patient afin de déterminer en quoi il se sent menacé. Le patient peut aussi recourir à un autre mécanisme de défense : le refus ou négation (aussi qualifié de pseudo-acceptation). Il prend conscience intellectuellement de sa maladie mais nie l'émotion suscitée ; il ne s'avoue pas malade et dissimule sa maladie à son entourage.

Si le patient se maintient dans une situation de déni, lors de complications, il risque de s'installer dans un processus de résignation face à la maladie. Il a alors une attitude passive et devient dépendant des soignant et de son entourage. L'attitude docile du patient ne doit pas être perçue par le soignant comme une acceptation de la maladie. Le soignant ne devra pas accentuer la dépendance et la passivité du patient mais essayer d'enrayer son sentiment d'impuissance en lui offrant un soutien psychologique adapté.

1.3.2 Les représentations et les conceptions du patient sur la maladie et son traitement

Les représentations, ou conceptions de la maladie, correspondent à un état de connaissances antérieures à un apprentissage systématique ; c'est à dire l'idée que se fait un patient de sa maladie, de son corps, de son traitement. Elles se construisent à partir de multiples influences : milieu culturel, parcours scolaire, activité professionnelle et sociale, médias... Il existe un décalage important entre les représentations des patients et les savoirs médicaux. En effet, les patients ont souvent une représentation imagée du fonctionnement du corps, ils ne comprennent pas toujours le langage médical ou en font une mauvaise interprétation (7).

Le soignant doit tenir compte des conceptions de son patient et les comprendre car elles déterminent le comportement d'un individu face la maladie. De plus, ce sont des obstacles à l'apprentissage. En effet, apprendre est un processus de construction mais aussi de déconstruction : le patient apprend « grâce à », « à partir de » ses conceptions mais doit comprendre « contre » ses conceptions. Le patient n'est pas « vide » de savoir, et il n'est pas possible de « purger » les représentations erronées ; donc pour s'approprier un nouveau savoir, il devra intégrer de nouvelles données dans une structure de pensée déjà en place(9).

1.3.3 Les croyances de santé

Le modèle des croyances de santé ou *Health Belief Model* est fondé sur les croyances du patient et ses motivations à se traiter. Il permet au soignant de comprendre le comportement du patient face à la maladie chronique et donc de savoir pourquoi le patient n'a pas suivi ses

recommandations. Ce modèle comporte quatre domaines de croyances de santé que le patient doit explorer en ayant une attitude adaptée (tableau I)(7)(9).

Tableau I : Attitudes recommandées pour les soignants dans les 4 stades de croyances de santé(9)

Domaines de croyances relatives à la santé	Exemples typiques de réponses du patient	Actions et attitudes recommandées au soignant
Convictions d'être affecté par le problème	« Cela ne me concerne pas »	Clarifier les craintes et les émotions du patient Vérifier sa compréhension Evaluer son besoin d'être informé
Perception de la gravité de la situation	« Au fond, ce n'est pas grave »	L'aider à exprimer ses croyances relatives à la santé L'informer Réagir à ses émotions
Perception des bénéfices attendus du plan thérapeutique	« Je ne vois pas ce que cela peut m'apporter »	Clarifier l'équilibre entre les avantages et les désavantages
Perception des obstacles à l'observance thérapeutique	« Avec mon horaire de travail, je n'y arriverai jamais »	Préciser les obstacles précis à l'observance thérapeutique Rechercher avec le patient des solutions concrètes réalistes

1.3.4 Le « locus of control » de la santé

Le modèle du « locus of Control » de la santé s'intéresse au rôle que le patient s'attribue dans la gestion de la maladie et du traitement. Le patient peut attribuer le contrôle de sa maladie à lui-même, on parle de contrôle interne ou à une ressource extérieure : la médecine officielle, les médecines parallèles, Dieu, la chance...; on parle alors de contrôle externe. Les personnes à locus externe se soumettent plus facilement au traitement médical mais sont peu autonomes alors que les personnes à locus interne ont tendance à mieux se prendre en charge. Mais les personnes les plus à risques sont celles à locus interne extrême car elles sont trop rigides et incapables de vivre avec l'incontrôlable. L'équilibre entre la responsabilité qu'attribue le patient à lui-même et aux soignants permet d'améliorer la prise en charge dans un rapport de partenariat (7).

2 Qu'est ce que l'éducation thérapeutique du patient ?

2.1 Définition

Il existe plusieurs définitions de l'éducation thérapeutique du patient.

La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1998 fait figure de référence.

Cette définition est reprise par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé)(10) :

« L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les **compétences** dont ils ont besoin pour **gérer aux mieux leur vie** avec une maladie chronique. Elle fait partie **intégrante** et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour **rendre les patients conscients et informés** de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à **comprendre** leur maladie et leur traitement, **collaborer** ensemble et **assumer** leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur **qualité de vie**. »

Cette définition est jugée insuffisamment opérationnelle par le rapport « Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient » qui propose une définition centrée sur l'autonomie du patient(11) :

« L'éducation thérapeutique s'entend comme un processus de **renforcement des capacités** du malade et/ou de son entourage à prendre en compte l'affection qui le touche, sur la base **d'actions intégrées au projet de soins**. Elle vise à rendre le malade plus **autonome** par **l'appropriation de savoirs et de compétences** afin qu'il devienne l'**acteur** de son **changement de comportement**, à l'occasion d'événements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, événement intercurrents,...), mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une **qualité de vie** acceptable. »

Depuis juillet 2009, l'éducation thérapeutique du patient est inscrite dans la loi française, par le biais de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) dans l'article L.1161-1.

« L'éducation thérapeutique s'inscrit 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**. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie. Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret. »

Les soignants pensent faire de l'éducation depuis longtemps en dispensant des informations et des conseils à leurs patients sur la maladie et son traitement. Mais, l'éducation thérapeutique ne se limite pas à la délivrance d'une information, d'un conseil ou d'un message de prévention. En effet, ils ne suffisent pas à aider les patients à gérer leur maladie au quotidien et à rendre le patient compétent(10). L'information est centrée sur l'enseignant c'est à dire le

soignant qui diffuse son savoir et prend peu en compte les représentations de santé des patients, alors que dans l'éducation, l'apprenant, le patient, est acteur de son apprentissage dans une relation de partenariat(1). L'éducation thérapeutique permet donc l'acquisition de savoirs cognitifs mais aussi de savoir-faire et de savoir être qui permettent le changement de comportement.

2.2 L'éducation thérapeutique se distingue de différents concepts

Pour bien comprendre ce qu'est l'éducation thérapeutique du patient, il convient de la distinguer des autres programmes d'éducation et d'accompagnement.

2.2.1 L'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé s'intéresse aux comportements de santé et aux modes de vie du patient actuel ou potentiel. L'éducation thérapeutique du patient est une partie de l'éducation pour la santé. A la différence de l'éducation thérapeutique du patient, l'éducation pour la santé s'adresse à une personne en bonne santé en amont de la maladie(1). Le but de l'éducation pour la santé du patient est que chaque individu quel que soit son état de santé, soit en mesure de contribuer lui-même à maintenir ou améliorer sa qualité de vie(12). L'éducation pour la santé associe des actions de natures différentes : des campagnes de communication, la mise à disposition d'information sur les maladies et les moyens de prévention et des actions éducatives de proximité ciblant des besoins ou attentes particulières de groupe d'individus(1).

2.2.2 L'éducation à la maladie

L'éducation du patient à sa maladie ne recouvre pas seulement la gestion du traitement mais aussi la vie avec la maladie ou le handicap. Elle s'adresse à la façon dont le patient gère sa vie au quotidien avec sa maladie : gestion du traitement, prévention des rechutes et des complications, impact sur la vie personnelle, familiale, professionnelle, sociale... Elle peut être réalisée par des non soignants (12).

Le terme d'éducation du patient renvoie donc à trois niveaux intriqués. L'éducation thérapeutique du patient est incluse dans l'éducation à la maladie qui est elle-même incluse dans l'éducation pour la santé (figure 2).

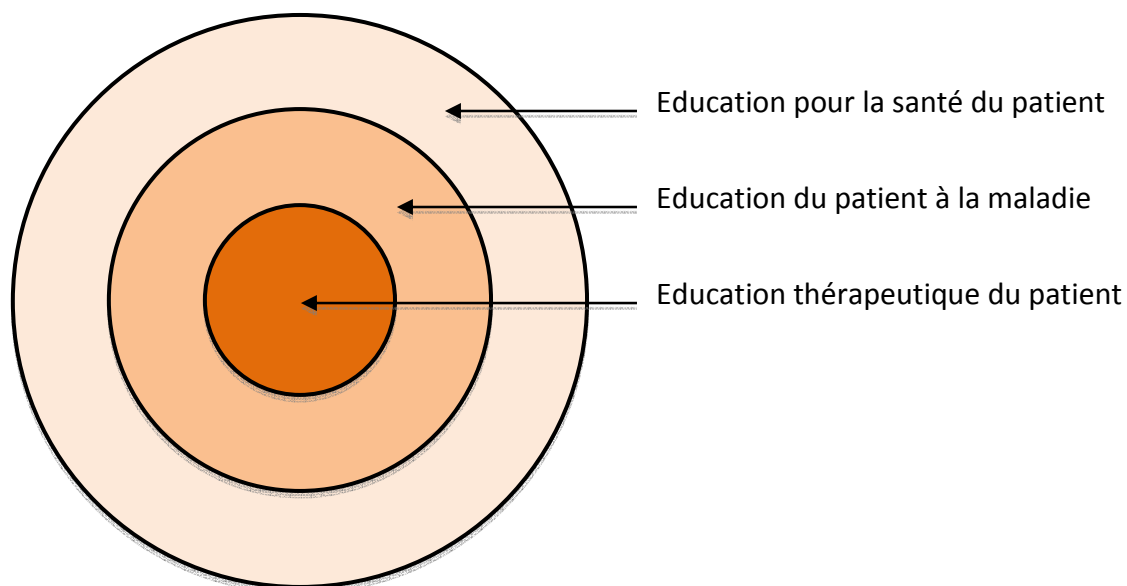


Figure 2 : Les concepts en éducation du patient (12)

2.2.3 Les programmes d'accompagnement

2.2.3.1 Les programmes d'accompagnement du patient menés par les associations de patients

Nées de la volonté des patients de participer à leur santé, les associations de patients prennent de plus en plus part au système de santé. Leurs actions sont très diverses et visent à améliorer le quotidien des patients : soutien psychologique, social, financier, défense du droit des malades, action de prévention, aide à la recherche... De plus, elles cherchent de plus en plus à développer des programmes d'accompagnement voire d'éducation (13). Ces programmes n'ont pas les mêmes objectifs que l'éducation thérapeutique du patient, même si tous deux contribuent au bien-être du patient. L'éducation proposée par les associations se réfère le plus souvent au modèle d'éducation par les pairs, favorisant ainsi un partage d'expériences, d'informations, de conseils et un renforcement de la motivation. L'éducation thérapeutique du patient est menée obligatoirement par des professionnels de santé avec des objectifs thérapeutiques, pédagogiques et psychosociaux(14). Les actions d'accompagnement proposées par les associations de patients font partie de l'éducation thérapeutique comme l'indique l'article L.1161-3 de la loi HPST et ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Enfin, les associations de patients sont invitées à participer à élaboration des programmes d'ETP en partenariat avec les sociétés savantes (10).

2.2.3.2 Le *disease management* (DM)

Le *disease management* (DM) est une autre modalité d'accompagnement du patient, surtout développé aux Etats-Unis. Tout comme, l'éducation thérapeutique du patient son objectif principal est d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques. Les interventions de *disease management* constituent le plus souvent en des appels téléphoniques réguliers par des infirmières formées auprès des patients. Ces appels ont pour fonctions l'éducation thérapeutique du patient, le soutien à la motivation (coaching), la coordination des soins et le suivi des malades comme système d'alerte. Le *disease management*, à la différence de l'éducation thérapeutique, n'est pas intégrée dans la prise en charge globale du patient. Il s'agit d'une intervention parallèle à celle des médecins sans véritable interférence et effectuée par des personnes qui n'ont pas de contact direct avec le patient. Il ne s'agit donc pas d'une véritable éducation thérapeutique mais plutôt un moyen d'améliorer l'observance thérapeutique. Enfin, le *disease management*, par la mise en place de centres téléphoniques et de « coaching », pourrait être un complément utile des séances d'éducation thérapeutique pour poursuivre, maintenir, renforcer l'éducation qui aurait été effectuée au préalable par une équipe de soignants (15).

2.2.3.3 Les Programmes d'accompagnement du patient proposés par l'industrie pharmaceutique

L'amélioration de l'observance est un enjeu économique important pour l'industrie pharmaceutique. Les entreprises pharmaceutiques ont donc intérêt à investir dans des programmes d'accompagnement afin de fidéliser leurs clients. Aux Etats-Unis, où la publicité

des médicaments de prescription auprès du public est autorisée (*Direct-To-Consumer Advertising DTCA*), les programmes d'aide à l'observance sont multiples. En France, l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), dans son rapport de décembre 2007 consacré à l'«encadrement des programmes d'accompagnement des patients associés à un traitement médicamenteux, financés par les entreprises pharmaceutiques », préconise de consacrer le principe de l'interdiction de tout contact direct ou indirect entre les entreprises pharmaceutiques et le public. En effet, il existe de nombreuses inquiétudes relatives au développement des programmes d'accompagnement des patients par l'industrie pharmaceutique :

- Atteinte au droit des malades et à leur vie privée,
- Efficacité thérapeutique non prouvée avec un risque de sur-médication due à une approche trop médicamenteuse de la prise en charge des maladies chroniques,
- Difficulté de coordination de l'information avec un risque de court-circuiter l'information sanitaire transmise par les médecins et les pharmaciens,
- Risque de fragilisation de la réglementation de la publicité grand public en matière de médicament,
- Conflit d'intérêts : la vocation première de l'industrie pharmaceutique est de vendre et promouvoir son médicament ; il est donc peu probable qu'elle favorise la réévaluation impartiale de la balance bénéfice-risque, la pharmacovigilance et les traitements les moins onéreux,
- Fidélisation des patients à un médicament qui peut être en contradiction avec les recommandations médicales,
- Risque de répercussions du coût des programmes sur le prix du médicament(16)

La loi HPST (Article L1161-1 et L1161-4) a défini les limites de l'action de l'industrie pharmaceutique et biomédicale, en précisant que tout contact direct entre un malade et son

entourage et les industries pharmaceutiques est interdit dans le cadre des programmes d'éducation thérapeutique du patient et que ces programmes ne peuvent être ni élaborés ni mis en œuvre par les laboratoires pharmaceutiques. Cependant, l'industrie pharmaceutique peut prendre part aux actions ou programmes d'ETP, notamment pour leur financement, dès lors que des professionnels de santé et des associations élaborent et mettent en œuvre ces actions ou programmes. L'industrie pharmaceutique s'est déjà impliquée dans le développement de l'éducation thérapeutique du patient par une aide financière importante (mise en œuvre des programmes, outils d'éducation, formation des professionnels de santé...) ce qui a permis une conception des programmes plus facile et plus rapide. La participation financière de l'industrie pharmaceutique dans les programmes d'ETP permet également que le financement ne soit pas assuré seulement par l'assurance maladie (17).

2.3 Les sources à l'origine de l'ETP

A l'origine de l'éducation thérapeutique du patient on peut définir plusieurs facteurs : l'évolution démographique, une mauvaise observance et l'évolution sociologique de la vision des patients de leur santé.

2.3.1 Evolution démographique

Dans les sociétés occidentales, l'amélioration de l'hygiène, de l'alimentation, du niveau de vie et de l'éducation ainsi que les progrès de la médecine dans les domaines du traitement et de la prévention ont permis de diminuer les causes de mortalité et d'augmenter l'espérance de

vie(6). Ainsi, l'espérance de vie a doublé en un siècle : elle est de 45 ans en 1900 pour atteindre 78,2 ans pour les hommes et 84,9 ans pour les femmes en 2011(18) . De plus, les progrès médicaux permettent également de vivre plus longtemps avec une maladie chronique. De ce fait, de plus en plus de personnes vivent et vivront avec une maladie chronique. En France, 15 millions de personnes en sont atteintes soit environ 20% de la population française(5). L'augmentation du nombre de patients porteurs d'une maladie chronique rend la prise en charge individuelle de tous les instants impossible ; une délégation de compétences aux patients avec des soins à réaliser par lui même est devenue nécessaire(6).

2.3.2 Une mauvaise observance fréquente

La non-observance thérapeutique est définie comme l'absence d'adéquation entre les comportements des patients et les prescriptions médicales, qu'il s'agisse de la prise de médicaments (fréquence des prises, durée du traitement...), du respect des règles hygiéno-diététiques (régime, activité physique...), des recommandations de suivi (surveillance du poids, de la glycémie, de la tension artérielle...) ou de la planification des soins (consultations, examens biologiques et complémentaires) (19). La non-observance est un phénomène fréquent. En effet, le nombre de patients non-observants ou mauvais observants est compris entre 30 et 60%(19). Mais ces taux sont très fluctuants selon les pathologies : 20% pour le traitement de l'asthme, 71% pour le traitement de l'arthrose, 40 à 50% pour le traitement du diabète et de l'hypertension (1). De nombreux facteurs peuvent avoir une influence sur l'observance du patient : les caractéristiques du patient, les particularités de la maladie, les modalités du traitement, l'attitude du médecin et l'organisation du système de soins (19). Les conséquences de la non-observance sont d'abord médicales : inefficacité de la prise en charge,

aggravation de la pathologie. Les conséquences sont aussi économiques par l'augmentation des coûts de santé : augmentation des coûts de traitement et du taux d'hospitalisation. Le coût global de la non-observance aux Etats-Unis est estimé à 100 millions de dollars (1). L'amélioration de l'observance thérapeutique est donc un enjeu de soin. Les solutions doivent être recherchées en fonction des causes identifiées pour expliquer la non-observance du patient en particulier en renforçant la relation médecin – patient. L'éducation thérapeutique, par son action sur le comportement du patient face à la maladie et à son traitement, permet d'améliorer l'observance thérapeutique. Cependant, l'éducation thérapeutique se distingue de l'observance par la participation du patient à sa prise en charge, à la différence de l'observance qui sous-entend la notion d'obéissance.

2.3.3 Evolution sociologique dans la vision de leur santé par les patients

Depuis plusieurs années, le pouvoir médical et les politiques de santé publique sont de plus en plus remis en cause en raison notamment de différents événements médiatisés : sang contaminé, vache folle, amiante... Les usagers veulent désormais être acteurs de leur santé. Ils réclament des comptes, veulent être informés et se fédèrent dans des associations de patients. Les patients recherchent également des informations sur leur santé dans les médias et sur internet(6). Cette évolution de la société a conduit à l'obligation d'information du patient pour tout professionnel de santé. Cette information doit permettre au patient de faire des choix « éclairés » à partir des informations données par les professionnels. Le patient devient alors acteur de sa santé (1). Enfin, dans une société de consommation, la santé est considérée comme un service. Les usagers et les associations d'usagers réclament de pouvoir connaître les finalités, les modalités et d'évaluer ces services (6).

2.4 Les finalités de l'ETP

L'Education thérapeutique du patient participe à l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique) et à l'amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches. A partir des différentes définitions de l'éducation thérapeutique du patient citées précédemment, on peut déterminer ses différentes finalités :

- Acquisition de compétences
- Gestion de sa vie
- Qualité de vie
- Changement de comportement
- Autonomie
- Adhésion aux traitements prescrits

Dans la définition de l'OMS, 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(10).

Une compétence est définie comme la potentialité d'une personne à mobiliser dans l'action un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction d'un contexte particulier. Pour acquérir une compétence, il est nécessaire de maîtriser les objectifs qui la constituent. Ces objectifs sont répartis en trois domaines(6) :

- le domaine cognitif qui concerne les compétences intellectuelles ; ici les connaissances de la maladie et de son traitement.
- le domaine sensorimoteur concerne les gestes, les techniques les habiletés, ce qui renvoie au savoir-faire.

- le domaine psychoaffectif concerne les attitudes (confiance en soi, envie de communiquer, curiosité...) ce qui renvoie au savoir-être.

A partir de ces trois axes, Gagnayre R. et d'Ivernois J.F ont établi une matrice de huit compétences à acquérir par le patient après le suivi d'un programme d'éducation thérapeutique. Chaque compétence correspond à un ensemble d'objectifs spécifiques et sont contributifs de l'objectif final (tableau II) (6).

Tableau II : Compétences à acquérir par le patient au terme d'un programme d'éducation thérapeutique, quels que soient la maladie, la condition ou le lieu d'exercice(6)

Compétences	Objectifs spécifiques (exemples)
1. Faire connaître ses besoins, déterminer des buts en collaboration avec les soignants, informer son entourage	Exprimer ses besoins, ses valeurs, ses connaissances, ses projets, ses attentes, ses émotions (diagnostic éducatif)
2. Comprendre, s'expliquer	Comprendre son corps, sa maladie, s'expliquer la physiopathologie, les répercussions socio-familiales de la maladie, s'expliquer les principes du traitement
3. Repérer, analyser, mesurer	Repérer des signes d'alerte des symptômes précoces, analyser une situation à risque, des résultats d'examen. Mesurer sa glycémie, sa tension artérielle, son débit respiratoire de pointe...
4. Faire face, décider...	Connaitre, appliquer la conduite à tenir face à une crise (hypoglycémie, hyperglycémie, crise d'asthme...), décider dans l'urgence...
5. Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention	Ajuster le traitement, adapter les doses d'insuline. Réaliser un équilibre diététique sur la journée, la semaine. Prévenir les accidents, les crises. Aménager un environnement, un mode de vie favorables à sa santé (activité physique, gestion du stress...)
6. Pratiquer, faire	Pratiquer les techniques (injection d'insuline, autocontrôle glycémique, spray, chambre d'inhalation, peak flow). Pratiquer les gestes (respiration, auto-examen des œdèmes, prise de pouls...). Pratiquer des gestes d'urgence
7. Adapter, réajuster	Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse...). Réajuster un traitement ou une diététique. Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie
8. Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits	Savoir où et quand consulter, qui appeler, rechercher l'information utile. Faire valoir des droits (travail, école, assurances...). Participer à la vie des associations de patients.

3 A qui proposer l'éducation thérapeutique ?

Selon le guide de la HAS et de l'INPES de 2007, la proposition d'éducation thérapeutique du patient doit être présentée à toute personne (enfant et ses parents, adolescent, adulte) ayant une maladie chronique, quel que soit son âge, le type, le stade et l'évolution de sa maladie. L'éducation thérapeutique peut également être proposée aux proches du patient s'il le souhaite et si le patient désire impliquer ses proches dans l'aide à la gestion de sa maladie (10). L'éducation thérapeutique vise donc les patients atteints de pathologies chroniques tels que l'asthme, le diabète, les affections cardiovasculaires... mais aussi de pathologies de durée limitée, nécessitant une prise en charge complexe et/ou à risque tels que les traitements par médicaments anticoagulants, les auto-soins post-chirurgicaux, les escarres...(6)

L'éducation thérapeutique du patient est fondée sur le principe du volontariat et le consentement des patients(10). Le patient ne peut pas être sanctionné financièrement s'il refuse un programme d'éducation thérapeutique(11). Ces règles ont été retranscrites dans la loi HPST (Article L1161-1). En effet, l'éducation thérapeutique du patient « n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie ».

Enfin, même si l'éducation thérapeutique doit être proposée à tout patient, les programmes d'éducation thérapeutique doivent déterminer des profils de patients en termes d'âge, de sexe, de situation clinique (stade de la maladie ou niveau de gravité ou de sévérité) et décrire les critères d'inclusion ou de priorité dans l'accès à ces programmes(20). Il s'agit donc d'une élaboration de programmes adaptés au mieux aux besoins des patients.

4 Qui peut faire de l'éducation thérapeutique du patient ?

Le processus d'éducation thérapeutique nécessite une équipe pluri- et/ou multiprofessionnelle de personnels soignants formés à l'éducation thérapeutique associée à des intervenants non soignants (patients, associations de patients ou de représentants de patients, travailleurs sociaux) (1).

4.1 Une équipe multidisciplinaire

L'éducation thérapeutique ne doit pas être un acte spécifique à une profession mais trouve sa richesse dans son organisation en équipe multiprofessionnelle. L'éducation thérapeutique concerne donc tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques : médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, infirmiers, psychologues, dentistes, diététiciens, kinésithérapeutes, podologues...(1)

Une équipe multidisciplinaire permet de réunir les compétences et les expériences complémentaires de plusieurs professionnels de santé au profit d'une meilleure prise en charge du patient. De manière générale, le recours à une équipe multidisciplinaire améliore l'adhérence aux recommandations, la satisfaction des patients, l'état de santé, l'utilisation appropriée des services de soins. En éducation thérapeutique, l'équipe va permettre de potentialiser les compétences, d'avoir une vision homogène et « multifacettes » du patient, ce qui va permettre de déterminer les axes d'intervention et de les hiérarchiser. Enfin, l'approche multidisciplinaire dans la maladie chronique apporte une prise en charge globale des patients grâce à l'intégration de composantes éducatives, médicales et psychosociales. L'équipe

multidisciplinaire, par une coopération entre les soignants, va donc permettre d'apporter une cohérence entre les décisions thérapeutiques et les approches pédagogiques et psychosociales(21).

4.2 Les compétences à acquérir

La formation des professionnels de santé est nécessaire pour la réalisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient.

Cette nécessité de formation est inscrite dans la loi (Décret n°2010-906) et dans l'arrêté du 2 août 2010 relatifs aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. Ainsi, pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient, les professionnels de santé doivent disposer de compétences relationnelles, de compétences pédagogiques et d'animation, de compétences méthodologiques et organisationnelles, de compétences biomédicales et de soins. Ces compétences doivent s'appuyer sur la liste des compétences définies par les recommandations de l'OMS « Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour les professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques » (Annexe 1). Il est aussi mentionné que « l'acquisition des compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient requiert une formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignements théoriques et pratiques, pouvant être sanctionnée notamment par un certificat ou un diplôme » et que « ces compétences s'acquièrent dans le cadre soit de la formation initiale ou du développement professionnel continu pour les professionnels de santé, soit par des actions de formation continue ».

Il apparaît donc indispensable, pour développer les programmes d'ETP et le recrutement de patients souffrant de maladies chroniques, que les professionnels de santé

soient systématiquement formés au cours de leurs études. Cependant, L'éducation thérapeutique du patient est encore largement absente des formations initiales des professionnels de santé. La formation continue à l'ETP des professionnels de santé doit également être développée même si l'offre de formation continue en ETP s'est largement développée ces dernières années (17).

Enfin, tous les professionnels de santé n'ont toutefois pas vocation à concevoir et animer des programmes d'éducation thérapeutique du patient. Il convient donc de concevoir la formation continue à trois niveaux(17) :

- Une sensibilisation à l'ETP de l'ensemble des professionnels de santé, afin que ceux-ci incitent davantage leurs patients chroniques à s'inscrire dans cette démarche.
- Une formation complémentaire de tous les professionnels désirant concevoir et/ou participer à l'animation des programmes d'ETP.
- Une formation spécialisée pour les professionnels coordonnant les programmes ou assurant la formation des professionnels.

5 Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient

5.1 Les différentes offres d'éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique est un processus continu. Différentes offres d'éducation thérapeutique du patient doivent donc être proposées tout au long de la maladie chronique. Le guide publié par l'HAS et l'INPES, recommande de diviser l'activité d'éducation du patient en trois phases :

- l'éducation initiale
- le suivi éducatif
- la reprise éducative(10)

5.1.1 Education initiale

L'éducation initiale correspond à l'annonce du diagnostic de la maladie ou à une période de vie avec la maladie, sans prise en charge éducative (10). Elle vise à faire expérimenter l'ensemble des compétences attendues(6). Cette première éducation permet au patient d'être plus autonome vis à vis de son traitement pour le conduire à formuler de nouveaux projets de vie. Cette phase est d'une durée variable selon les patients et leur maladie (6). Au terme de l'éducation initiale, l'évaluation individuelle permet de savoir si les objectifs éducatifs ont été atteints. Si c'est le cas, une offre d'éducation thérapeutique de suivi peut être proposée. Sinon, on proposera une offre de reprise éducative(10).

5.1.2 Suivi éducatif

Le suivi éducatif a pour but d'accompagner les essais, les mises en expérience du patient(6). Il est proposé en l'absence d'incidents ou de changement de prise en charge important. Ce suivi permet aux patients de :

- maintenir, améliorer et actualiser les diverses compétences préalablement acquises,
- fixer éventuellement de nouvelles compétences à développer en fonction de l'évolution de la situation du patient, des innovations thérapeutiques ou techniques,
- encourager le patient dans la mise en œuvre de ses compétences et soutenir ses projets de vie(10).

Le temps requis pour cette offre éducative est de plus courte durée (8 heures par an). Ce suivi peut revêtir plusieurs formes : des consultations éducatives, des hospitalisations de courte durée à des fins d'éducation, une apprentissage à distance, par téléphone par exemple (6).

5.1.3 Reprise éducative

La phase de reprise éducative intervient lorsque les objectifs de l'éducation initiale n'ont pas été atteints, lors d'un changement de traitement ou des conditions de vie du patient, lorsque des complications liées à la maladie apparaissent ou s'aggravent, lors de la survenue d'un incident de santé lié à la maladie(10).

La reprise éducative se déroule selon le même schéma et est d'une durée égale à la phase d'éducation initiale. Les objectifs sont d'analyser la situation qui a conduit à cette phase, de

valoriser, consolider et approfondir les compétences acquises, d'acquérir de nouvelles compétences, de réaliser un nouveau projet de vie(10).

5.2 La démarche pédagogique d'éducation thérapeutique du patient

Le guide méthodologique « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques » publié par l'HAS et l'INPES, détermine une planification de la démarche éducative en quatre étapes (figure 3) dont chacune s'inscrit en continuité de la précédente(10).

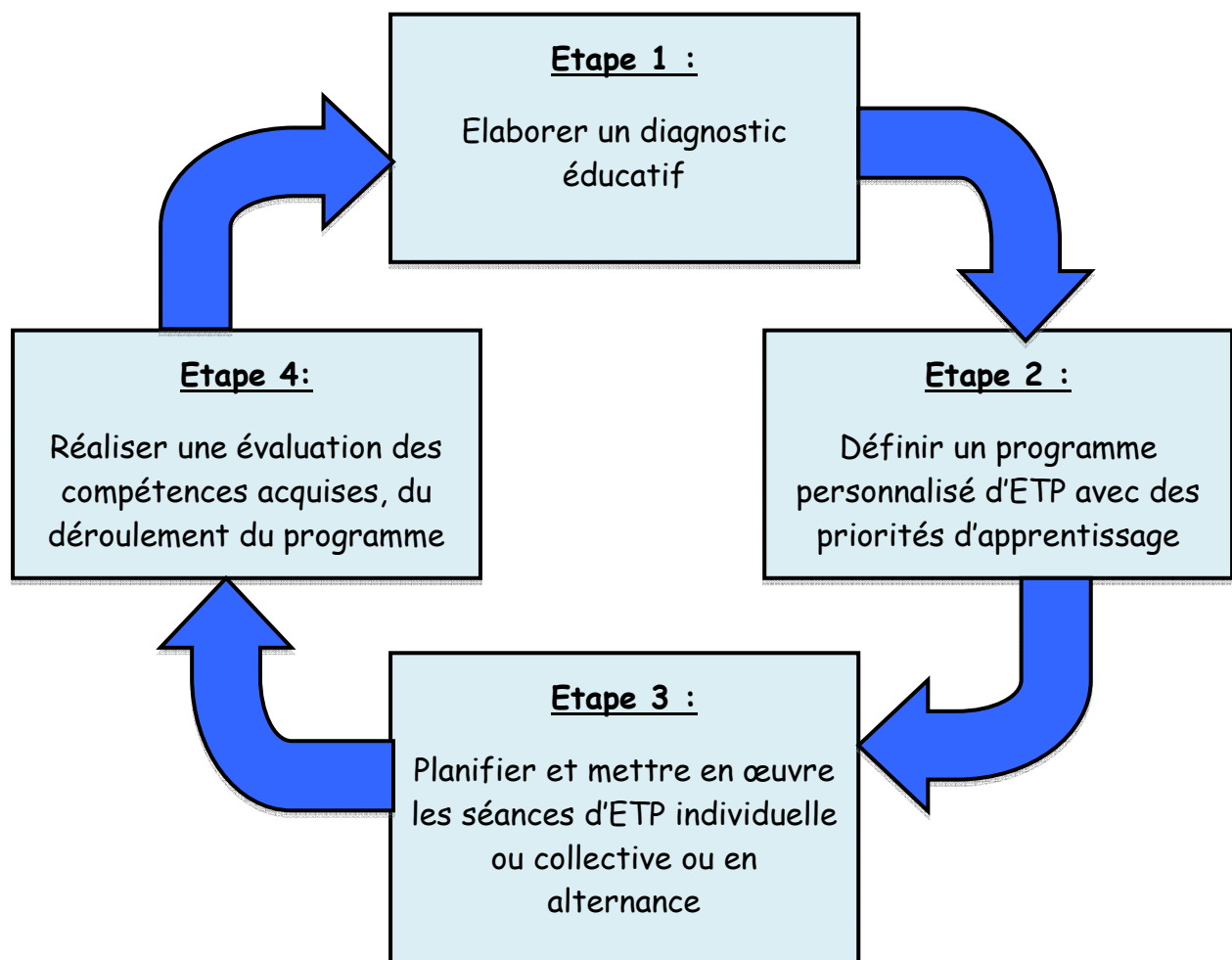


Figure 3 : Démarche pédagogique de l'éducation thérapeutique du patient(10)

5.2.1 Elaboration du diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif est la première étape de la démarche éducative. Il s'agit d'une étape primordiale permettant l'identification des besoins du patient et l'élaboration des compétences à acquérir par le patient avec lui, dans le but de concevoir un programme d'éducation thérapeutique personnalisé. Ces objectifs sont donc de mieux connaître le patient, ses projets et ses potentialités d'apprentissage.

En pratique, il s'agit d'un recueil d'informations par un ou des professionnels de santé au cours d'entretiens individuels. Ces entretiens sont structurés en cinq séquences afin d'explorer les différentes dimensions du patient :

- Dimension biomédicale : qu'est-ce qu'il a ? On s'intéresse ici à la maladie (son ancienneté, son évolution et sa sévérité), aux traitements ainsi qu'aux éventuels autres problèmes de santé du patient et à la fréquence et aux motifs d'hospitalisation.
- Dimension socioprofessionnelles : qu'est-ce qu'il fait ? On s'intéresse à savoir comment vit le patient au quotidien : sa profession, ses activités sociales et de loisirs, ses conditions de logement, son environnement social et familial, son hygiène de vie...
- Dimension cognitive : qu'est-ce qu'il sait sur sa maladie ? Il s'agit de comprendre le comportement du patient face à sa maladie à travers ses représentations, ses conceptions et ses croyances et ses connaissances antérieures sur la maladie et son traitement. On analyse aussi les connaissances du patient sur les mécanismes de la maladie, les facteurs déclenchant les crises, le rôle, le mode d'action et l'efficacité des médicaments. Cette séquence est également l'occasion de connaître les expériences antérieures d'éducation du patient et la manière dont il aborde cette éducation et ce qu'il en attend.

- Dimension psychoaffectives : qui est-il ? On cherche ici à identifier dans quel stade se situe le patient dans le processus d'acceptation de la maladie, à observer les réactions du patient face aux crises et aux situations de stress.
- Projet du patient : quel est son projet ? Il s'agit de repérer le projet initial du patient et de l'aider à le mettre en place. Ce projet permet au patient de renforcer sa motivation à apprendre et peut être présenté comme une finalité de son éducation. Il peut être énoncé par le patient ou soumis par le soignant. Il devra être considéré important, utile et valorisant par le patient, facile à mettre en œuvre à cours terme et observable par un tiers.

Le diagnostic éducatif ne doit pas être figé, mais évoluer en fonction des entretiens successifs et de la survenue d'incidents. Au terme des entretiens, les informations recueillies doivent être analysées par l'équipe d'éducation afin de concevoir le programme d'éducation proposé au patient. Enfin le diagnostic éducatif doit être consigné dans le dossier d'éducation du patient (6)(10).

5.2.2 Définition d'un programme personnalisé d'éducation thérapeutique du patient

Le diagnostic éducatif permet, grâce aux informations recueillies, de définir avec le patient les compétences à atteindre au terme de son éducation. Ces compétences constituent les objectifs pédagogiques du programme d'éducation.

5.2.2.1 Définition des objectifs pédagogiques(6)

La formulation des objectifs pédagogiques doit répondre à des impératifs de qualité afin que, dès leur lecture, le patient comprenne qu'il s'agit d'une compétence qu'il doit pouvoir mobiliser dans sa vie quotidienne. L'objectif doit s'adresser au patient et donc se différencier des objectifs thérapeutiques et de soins de l'équipe soignante. Son contenu doit être clair et précis afin d'améliorer sa compréhension par le patient et son évaluation. Il doit également être pertinent, c'est à dire être utile au patient dans la réalisation de ses projets. Enfin, il doit être réaliste, avec un niveau de difficulté adapté aux potentialités d'apprentissage du patient.

Les compétences à acquérir sont définies à partir des finalités de l'éducation thérapeutique qui ont été détaillées plus haut. Comme on l'a vu précédemment, les objectifs pédagogiques sont classés en trois domaines de capacités : les domaines cognitif, sensorimoteur et psychoaffectif, ce qui permet à l'éducateur de déterminer plus facilement les méthodes pédagogiques et les instruments d'évaluation, les objectifs finaux se décomposant en plusieurs objectifs spécifiques dont l'acquisition est nécessaire pour la maîtrise de la compétence. Enfin, les objectifs spécifiques sont gradués en fonction de leur complexité selon les niveaux d'apprentissage : mémorisation, interprétation des données, résolution de problèmes.

5.2.2.2 Contrat d'éducation(6)

Les objectifs pédagogiques à atteindre par le patient sont consignés dans un contrat d'éducation qui engage le patient et les soignants. Ce contrat contient des objectifs de sécurité et des objectifs personnels au patient. Le contrat de sécurité est commun à tous les patients atteints de la même maladie et détermine un niveau en-deçà duquel le patient risque des

complications graves. A ces compétences de sécurité, s'ajoutent des objectifs particuliers aux besoins du patient et permettant la réalisation de son projet, ce qui apporte une dimension personnalisée et individualisée à l'éducation. Ce contrat est négocié avec le patient, car il s'agit d'un accord moral entre l'éducateur et le patient, permettant de formaliser la relation de partenariat entre eux. Enfin le contrat d'éducation n'est pas figé et peut évoluer tout au long du programme, en fonction de la volonté du patient et des soignants.

5.2.3 Planification et mise en œuvre des séances d'éducation thérapeutique du patient(10)

Le contrat d'éducation accepté par le patient, l'équipe soignante peut envisager la mise en œuvre de l'ETP. Il s'agit dans un premier temps de choisir des méthodes pédagogiques adaptées.

Après avoir sélectionné les contenus à proposer lors des séances d'ETP et les méthodes pédagogiques, l'équipe soignante peut réaliser les séances d'ETP. Une séance d'éducation, qu'elle soit individuelle ou collective, se décompose en trois temps :

- Temps de préparation de la séance et connaissance du patient et de son diagnostic éducatif,
- Conduite de la séance d'ETP qui comporte également plusieurs phases :
 - o Présentation des objectifs et du déroulement de la séance,
 - o Conduite de la séance en respectant les principes d'apprentissage,
 - o Evaluation des acquis,
 - o Synthèse de la séance par le patient lui-même de préférence.
- Temps d'analyse après la séance permettant de préparer les prochaines séances

5.2.3.1 Les différents types d'éducation thérapeutique

5.2.3.1.1 L'éducation individuelle

Les séances individuelles d'ETP se caractérisent par un face à face avec un seul patient, et éventuellement des membres de son entourage. Le colloque singulier est la relation habituelle entre soignant et patient ; de ce fait, les soignants sont souvent plus à l'aise dans cette situation. Ces séances peuvent être proposées à des patients ayant une dépendance ou des difficultés à se trouver en groupe. Elles permettent une personnalisation de l'éducation du fait d'une relation privilégiée. Il est ainsi plus facile de cerner les besoins spécifiques du patient et de respecter son rythme d'apprentissage. Cependant, cet enseignement individuel nécessite une plus grande implication de l'apprenant ce qui prend du temps et a un coût important. De plus, le risque d'emprise du soignant sur le patient doit être pris en compte ainsi que le risque d'incompatibilité avec un patient difficile (10)(22).

5.2.3.1.2 L'éducation collective

Les séances collectives d'ETP se caractérisent par le rassemblement de plusieurs patients atteints de maladie chronique partageant les mêmes objectifs pédagogiques. La taille du groupe doit être d'environ 8 à 10 personnes et peut varier en fonction de la population (6 à 8 pour les enfants). L'éducation en groupe permet un échange d'expériences et une confrontation de points de vue entre les patients. De plus, elle est plus facilement réalisable que l'éducation individuelle (gain de temps et disponibilité). Cependant, l'éducateur doit veiller à ce que cet enseignement ne se transforme pas en cours magistral, en utilisant

des méthodes pédagogiques interactives. Il doit également être vigilant à ce que tous les patients participent à la séance. Enfin, les groupes constitués peuvent parfois être hétérogènes, ce qui peut rendre l'éducation inadaptée pour certains patients (10)(22).

5.2.3.1.3 Les auto-apprentissages

Les méthodes d'auto-apprentissage permettent de rendre le patient plus autonome. C'est également un moyen d'éducation continue car il peut être réalisé au domicile du patient. Cependant, il ne s'agit pas réduire le rôle pédagogique de l'éducateur. En effet, l'auto-apprentissage doit être guidé par l'éducateur et ne constitue qu'un complément des séances d'éducation. Cet auto-apprentissage est réalisé grâce à différents supports comme des documentations écrites, des vidéos, des sites internet, des cédéroms. L'éducation par les pairs grâce aux associations de patients et aux forums de discussion sur internet est également une méthode d'auto-apprentissage, plus hétérogène quant à la qualité de l'information(6).

5.2.3.2 Les ressources éducatives

Le choix de ressources éducatives adaptées est important pour la réussite du processus d'éducation du patient. Les ressources éducatives pour l'apprentissage des compétences en ETP comprennent des ressources humaines et des techniques et outils pédagogiques. Ces différentes ressources sont présentées dans le tableau III(10)(23).

Tableau III : Ressources éducatives pour l'apprentissage de compétences en ETP(23)

Ressources	Exemples
Techniques de communication centrées sur le patient	Écoute active, empathie, attitude encourageante, entretien motivationnel
Techniques pédagogiques	Exposé interactif, étude de cas, tables rondes, remue-ménages, simulation à partir de l'analyse d'une situation ou d'un carnet de surveillance, travaux pratiques, ateliers, simulation de gestes et de techniques, activités sportives, jeux de rôle, témoignage documentaire, technique du photolangage®
Outils	Affiche, classeur-imagier, bande audio ou vidéo, cédérom, brochure, représentations d'objets de la vie courante, etc.

La relation éducative doit s'orienter vers une alliance thérapeutique entre le soignant et le patient. Les techniques de communication doivent être centrées sur l'apprenant : le patient. Le soignant doit être à l'écoute et manifester de l'empathie pour le patient.

Le choix des méthodes pédagogiques doit tenir compte de différents facteurs :

- L'adaptation au public : catégories d'âge des patients (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées), handicap, difficultés d'apprentissage, niveau de lecture et de compréhension...
- La pertinence au regard des compétences à acquérir et des objectifs pédagogiques
- Le respect des principes d'apprentissage
- Le contexte d'éducation (service hospitalier, réseaux, libéral, à domicile)
- La commodité (ou praticabilité)(6)

5.2.4 Réalisation d'une évaluation

L'évaluation est la dernière étape de la démarche éducative. Elle est impérative en éducation thérapeutique du patient. Il existe différents types d'évaluation : l'évaluation du patient, l'évaluation par le patient et l'évaluation du programme par l'équipe éducative ou un évaluateur externe.

5.2.4.1 Evaluation du patient

L'évaluation du patient permet aux éducateurs soignants de faire le point sur ce que sait le patient, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire, comment il vit au quotidien avec sa maladie, ce qu'il lui reste à apprendre afin de lui proposer une nouvelle offre d'éducation thérapeutique de suivi ou de reprise éducative en fonction des résultats de l'évaluation et de l'évolution de sa maladie.

Il convient tout d'abord de différencier l'évaluation formative et l'évaluation sommative ou de bilan. L'évaluation formative a lieu au cours de l'éducation thérapeutique à la fin de chaque séance d'éducation. Il s'agit d'une rétro-information des compétences acquises par le patient. L'évaluation sommative est réalisée à la fin du programme éducatif afin de vérifier si les objectifs pédagogiques ont été atteints.

L'évaluation du patient comprend différents types d'évaluation :

- L'évaluation pédagogique vérifie la connaissance de l'application des compétences éduquées ; elle est classée selon les différents domaines taxonomiques (cognitif, sensorimoteur, psychoaffectif).

- L'évaluation biomédicale mesure l'impact de l'éducation sur les paramètres biologiques et cliniques (taux d'hémoglobine glyquée, pression artérielle, taux de ré-hospitalisation, retard d'apparition des complications...).
- L'évaluation psychosociale mesure l'impact de l'éducation sur le comportement et la qualité de vie du patient(6).

5.2.4.2 Evaluation du programme d'éducation par le patient

L'évaluation du programme d'éducation par le patient est importante afin d'obtenir son opinion sur le programme pour pouvoir déterminer ses forces et ses faiblesses, afin d'effectuer les réajustements nécessaires (6).

5.2.4.3 Evaluation de programmes d'éducation par l'équipe éducative ou un évaluateur externe

Une évaluation générale du programme doit être réalisée par une l'équipe éducative sous la forme d'une auto-évaluation ou par un évaluateur externe (audit). Cette évaluation nécessite une politique structurée d'éducation avec un programme formalisé, une équipe d'éducation, des données sur les patients et un recrutement suffisant de patients. L'évaluation du programme est effectuée par l'analyse de différents paramètres permettant de s'assurer de la qualité du programme. Il s'agit, dans un premier temps, de globaliser des résultats de l'évaluation individuelle du patient grâce à une synthèse des données cumulatives pour l'ensemble des patients éduqués sur une période assez longue. Le bon fonctionnement de

l'équipe éducative, l'équilibre entre les soins et l'évaluation, les ressources affectées à l'éducation, la capacité d'innovation de l'équipe sont également à évaluer(6).

La grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation par l'ARS, réalisé par la HAS en 2010, indique qu'il est nécessaire de prévoir une évaluation du programme d'ETP. Il s'agit dans un premier temps de réaliser une auto-évaluation annuelle de l'activité globale et du déroulement du programme. L'organisation prévisionnelle d'une évaluation quadriennale en termes d'activité, de processus et de résultats est également nécessaire. Cette évaluation est mise en œuvre selon deux axes : la reprise des rapports des évaluations annuelles et l'évaluation des effets du programme(20).

6 Le pharmacien d'officine et l'éducation thérapeutique du patient

6.1 Les « soins pharmaceutiques » ou « pharmaceutical care »

Le rôle du pharmacien dans le système de soins a beaucoup évolué au cours dernières décennies avec une disparition de la fonction de préparation en raison de l'industrialisation de la fabrication du médicament au profit d'une activité de dispensation des médicaments. Il doit également faire face à la volonté des états de maîtriser les dépenses de santé, et au besoin de sécurité de plus en plus exprimé par la société dans le domaine sanitaire, en devenant le meilleur garant du bon usage du médicament (24). L'exercice de la pharmacie tend donc à évoluer vers une approche centrée sur le patient. Le pharmacien n'est plus simplement un fournisseur de produits de santé ; son rôle évolue vers la validation du traitement médicamenteux en s'assurant que la prescription soit appropriée, efficace, sécuritaire et pratique pour le patient. C'est dans ce contexte que se sont développés la pharmacie clinique et les soins pharmaceutiques (25).

La pharmacie clinique est « l'utilisation optimale du jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité, l'économie et la précision selon lesquelles les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients » (26). Le terme de « soins pharmaceutiques » est une traduction du « *pharmaceutical care* » américain. Hepler et Strand sont les premiers à avoir défini le concept de soins pharmaceutiques comme l'engagement du pharmacien à assumer envers son patient la responsabilité de l'atteinte clinique des objectifs préventifs, curatifs ou palliatifs de la pharmacothérapie (27). Le concept des « soins pharmaceutiques » est l'application des principes de la pharmacie clinique à un patient donné. En effet, les soins pharmaceutiques

sont centrés sur le patient dans sa globalité, sous-entendant une prise en charge de la thérapeutique médicamenteuse mais aussi administrative, sociale, sanitaire, de prévention et d'hygiène de vie. Le concept de soins pharmaceutiques intègre également la notion de responsabilité du pharmacien envers le patient (25). L'objectif principal de la pharmacie clinique et des soins pharmaceutiques est d'assurer une thérapeutique médicamenteuse efficace, sûre et présentant un rapport coût / bénéfice favorable tout en respectant le choix des patients (28).

La prestation de soins pharmaceutiques se divise en six étapes à franchir (27) :

- 1- Etablir une relation de confiance avec le patient
- 2- Obtenir l'information (recueillir les renseignements pertinents et en faire la synthèse)
- 3- Evaluer l'information (dresser la liste des problèmes liés aux médicaments et les classer)
- 4- Elaborer le plan de soins pharmaceutiques.
- 5- Mettre en application le plan de soins pharmaceutiques
- 6- Réévaluer le plan de soins pharmaceutiques

Il est intéressant de comparer les différentes étapes de la prestation de soins pharmaceutiques avec la démarche éducative de l'éducation thérapeutique du patient. En effet, ces deux démarches sont très proches.

Les soins pharmaceutiques sont encore peu développés en France alors que dans les pays anglo-saxons (Angleterre, Etats-Unis, Canada), ils sont mis en œuvre déjà depuis de nombreuses années. L'offre de soins pharmaceutiques y est complémentaire des soins prodigués par les médecins et les infirmières. Ils peuvent être proposés au patient à l'hôpital, en ambulatoire ou lors de consultations externes. De nombreuses études ont démontré

l'efficacité des soins pharmaceutiques pour améliorer l'observance, l'efficacité et la qualité des traitements et diminuer la iatrogénie et les coûts des soins (28).

Le développement de la pharmacie clinique et des soins pharmaceutiques permet au pharmacien d'être un acteur essentiel de la prise en charge globale du patient. L'éducation thérapeutique du patient fait partie intégrante des soins pharmaceutiques. En effet, le pharmacien est le professionnel de santé spécialiste du médicament ce qui lui permet de participer activement et de façon incontournable à l'éducation thérapeutique du patient (25).

6.2 La loi Hôpital Patient Santé et Territoires (HPST)

Comme nous l'avons déjà décrit précédemment, la loi HPST, adoptée le 21 juillet 2009, et ses décrets d'application, ont d'abord permis d'inscrire l'éducation thérapeutique du patient dans la loi (Art L. 1161-1 à L. 1161-4 du CSP). Elle reconnaît notamment l'intégration de l'ETP dans le parcours de soins des patients atteints de maladie chronique. La loi HPST, par l'article 38, a également défini huit nouvelles missions pour le pharmacien d'officine (Article L5125-1-1 A du CSP) (tableau IV). Auparavant, dans les textes, les missions du pharmacien étaient essentiellement consacrées à la dispensation des médicaments et à l'exécution des préparations magistrales et officinales. Cette loi permet donc d'abord de reconnaître officiellement des missions déjà assurées par le pharmacien, telles sa contributions aux soins de premiers recours, sa participation à la permanence des soins et à la coopération entre les professionnels de santé... Le conseil pharmaceutique est également désormais reconnu comme un acte de santé appartenant aux soins de premiers recours (Ar. L1411-11 du CSP). La loi HPST définit aussi de nouvelles missions pour le pharmacien. Il peut désormais participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients, assurer la

fonction de pharmacien référent et de pharmacien de coordination, dans les structures d'accueil de personnes âgées. Ces nouvelles missions renforcent le rôle du pharmacien d'officine et le placent au cœur du système de santé. La loi HPST autorise donc les pharmaciens à participer à l'éducation thérapeutique du patient. Cependant, ils ne peuvent pas mettre au point seuls des programmes d'éducation thérapeutique mais ils peuvent en assurer la coordination.

Tableau IV : Article 38 de la loi HPST (Art L5125-1-1 A)

Les pharmaciens d'officine :

- 1) Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ;
- 2) Participent à la coopération entre professionnels de santé ;
- 3) Participent à la mission de service public de la permanence des soins
- 4) Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé
- 5) Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;
- 6) Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;
- 7) Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médications destinés à en optimiser les effets ;
- 8) Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

La volonté des instances pharmaceutiques de promouvoir l'éducation thérapeutique à l'officine n'est pas nouvelle. Le code de déontologie des pharmaciens définit le rôle du pharmacien dans l'éducation pour la santé. En effet, l'article R. 4235-2 du CSP précise que le pharmacien « doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale ». Par ailleurs, la Convention nationale signée entre l'Assurance maladie et les pharmaciens officinaux en juillet 2006, fait part de la volonté des partenaires conventionnels de « poursuivre la recherche permanente de la qualité de la dispensation pharmaceutique des produits de santé », notamment en développant l'éducation thérapeutique du patient. Elle rapporte également la nécessité d'une coordination entre les pharmaciens et les autres professionnels de santé. En effet, elle précise que le pharmacien « peut participer à une concertation organisée avec d'autres professionnels de santé » dans le cadre des réseaux de santé, des accords de santé publique « signés entre les caisses et les autres professions de santé dans le but de renforcer la permanence et la coordination des soins et de développer les actions de prévention et d'éducation thérapeutique », et dans le soutien à domicile (29).

6.3 Les atouts et les faiblesses de la pharmacie pour réaliser l'éducation thérapeutique du patient

Le pharmacien est un professionnel « au carrefour » de la chaîne de soins. Ses rôles dans l'éducation thérapeutique du patient sont multiples et ont été décrits par Jacquemet en 2000 :

- informer, promouvoir la prévention et le dépistage en termes de santé publique ;
- soutenir et accompagner les patients ;
- expliquer et informer le patient sur sa pathologie et ses traitements ;

- promouvoir le bon usage du médicament en terme d'organisation pratique en négociant avec le patient un plan de prise, en termes d'aide à la performance et à l'autonomie dans la manipulation des formes et dispositifs médicamenteux, en termes d'aide à l'adaptation, à la maîtrise des prises de médicaments quelles que soient les circonstances ;
- intervenir dans la gestion des crises en représentant le premiers recours aux soins(30).

6.3.1 Les atouts du pharmacien pour l'ETP

Les pharmaciens disposent de nombreux atouts pour intervenir dans l'éducation thérapeutique du patient.

6.3.1.1 L'accessibilité et la disponibilité du pharmacien

Le pharmacien est un professionnel de santé accessible et disponible pour ses patients. En 2010, on compte 22186 pharmacies d'officine en France soit une pharmacie pour 2800 habitants et en moyenne 43 pharmacies pour 1 000 km² ; ce qui constitue un remarquable réseau de proximité (31). De plus, on estime qu'environ 4 millions de français entrent dans une pharmacie chaque jour. Le pharmacien est le seul professionnel de santé accessible, sans rendez vous. Le service de garde d'urgence permet une accessibilité 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. La répartition géographique est harmonieuse sur l'ensemble du territoire en raison de la loi de répartition géographique des officines ce qui garanti une égale accessibilité aux médicaments notamment dans les zones rurales et les zones urbaines sensibles.

6.3.1.2 La crédibilité du pharmacien auprès du public en tant que professionnel de santé

Dans l'étude Ipsos Santé « Les Français et leur pharmacien », il apparaît que pour une très large majorité des personnes interrogées, le pharmacien est d'abord et avant tout un professionnel de santé (87%) avant d'être un commerçant comme un autre. La population est très fortement attachée au service de conseil proposé à l'officine au moment de la délivrance puisque 92% des personnes interrogées se disent sensibles au fait que leur pharmacien soit en mesure de les conseiller quand il leur délivre leurs médicaments. Le rôle de conseil du pharmacien est perçu comme utile pour donner des conseils sur le bon usage des médicaments, éviter des interactions entre plusieurs médicaments, et alerter sur d'éventuels effets secondaires (32).

6.3.1.3 Le pharmacien est le spécialiste du médicament

De par sa formation scientifique, le pharmacien est le spécialiste du médicament. Il est responsable du bon usage des médicaments. Pour cela, il explique les modalités de prise des médicaments, apprend au patient les techniques d'administration, sensibilise le patient sur les risques d'interaction médicamenteuse et d'effets indésirables, facilite l'organisation de la prise des médicaments en élaborant avec le patient un plan de prise... Il peut également aider le patient à la compréhension de sa maladie et de ses traitements. Pour adhérer au traitement, le patient doit avoir des connaissances sur les médicaments qui lui sont prescrits, leurs rôles, leurs bénéfices et leurs risques. Il a aussi un rôle dans la surveillance de l'observance des

patients. Le pharmacien a donc toute sa place dans la gestion de la thérapeutique au sein d'une équipe pluridisciplinaire d'éducation thérapeutique du patient.

6.3.1.4 Le pharmacien a une connaissance globale du patient

Le pharmacien a une connaissance globale du patient. Le patient atteint de maladie chronique ou l'un de ses proches se rend régulièrement à l'officine pour obtenir son traitement. Il a donc une relation privilégiée avec son pharmacien qui connaît son contexte familial et socioprofessionnel, ses conditions de vie... Le pharmacien a également une vision globale et transversale de tous les médicaments pris par le patient qu'ils soient prescrits ou non. Le Dossier Pharmaceutique (DP) permet aux pharmaciens d'avoir une vue globale des traitements dispensés quelque soit la pharmacie dans laquelle ils ont été délivrés et d'éviter au quotidien les risques d'interactions médicamenteuses et les redondances de traitement.

6.3.2 Les obstacles au développement de l'ETP en officine

Bien que le pharmacien ait une légitimité à réaliser l'éducation thérapeutique du patient, il existe de nombreux obstacles au développement de l'ETP en officine.

6.3.2.1 Le manque de temps

Le manque de temps est le frein le plus fréquemment évoqué par les officinaux interrogés par l'INPES dans les enquêtes Baromètre santé en 1998 et 2003(33)et dans l'enquête Pharmagora-Ipsos menée en janvier 2006(34). Les activités du pharmacien au sein de l'officine sont nombreuses. Il peut donc être difficile pour le pharmacien de trouver le temps nécessaire pour se former et s'impliquer dans l'éducation thérapeutique du patient d'autant plus que cette activité n'est pas rémunérée à ce jour. De plus, si des séances d'éducation thérapeutique sont animées par des pharmaciens au sein de réseaux en dehors de l'officine, ceci implique que le pharmacien soit remplacé.

6.3.2.2 Le manque de rémunération

Le financement des programmes d'éducation thérapeutique réalisés en ambulatoire est assuré essentiellement par des fonds gérés par l'assurance maladie : le FNPEIS (Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaires), FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins), auxquels il faut rajouter les financements sur les crédits d'Etat, les financements par les associations de patients et par l'industrie pharmaceutique. Malheureusement ces financements sont non pérennes ce qui nuit au développement de l'éducation thérapeutique. Une rémunération forfaitaire des activités d'éducation thérapeutique réalisées dans le cadre de programme structuré et pluridisciplinaire est actuellement expérimentée. Le pharmacien peut donc être rémunéré dans le cadre de ces programmes d'éducation thérapeutique (35).

Historiquement, la rémunération des officines est fondée exclusivement sur la marge commerciale liée à la vente des médicaments et des autres produits de santé. L'acte pharmaceutique que le pharmacien accomplit n'est pas répertorié ni valorisé comme l'acte d'un professionnel de santé. La loi HPST a défini de nouvelles missions que le pharmacien peut réaliser à l'officine. Se pose maintenant la question de la rémunération de ces nouvelles missions dans un contexte de contraintes budgétaires. Le rapport Rioli publié 2009 (36) et le rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) publié en juin 2011 (35), proposent une évolution du mode de rémunération des pharmaciens d'officine qui intégrerait une rémunération des nouvelles missions assurées par le pharmacien. Ces préconisations ont été reprises dans l'article 39 du PLFSS 2012 (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale). Il introduit une rémunération de l'acte de dispensation et une rémunération à la performance des actions de santé publique (actions de dépistage ou de prévention, accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques...). Suite à l'adoption du PLFSS 2012, une nouvelle convention pharmaceutique a été signée entre l'assurance maladie et les syndicats officinaux le 4 avril 2012 et est parue au *Journal officiel* du 6 mai 2012. Elle prévoit notamment une rémunération de l'accompagnement des patients chroniques par le pharmacien. Il s'agira dans un premier temps de l'accompagnement des patients sous anticoagulants oraux (AVK) et des patients asthmatiques.

6.3.2.3 Le manque de formation

Les textes d'applications de la loi HPST imposent une formation et une liste de compétences nécessaires pour pouvoir dispenser l'éducation thérapeutique (Annexe 1). L'éducation thérapeutique du patient est encore trop peu présente dans la formation initiale des pharmaciens comme dans celle des autres professionnels de santé (hormis les infirmières)(35). Actuellement, la formation initiale des pharmaciens leur permet d'acquérir des compétences scientifiques et thérapeutiques mais ils sont peu sensibilisés à d'autres disciplines comme la psychologie, la pédagogie et la communication. Différentes offres de formation continue sont proposées aux pharmaciens. Il s'agit des diplômes universitaires (DU) et des masters d'éducation thérapeutique, des formations proposées par des organismes de formation spécialisés dans l'ETP comme l'IPCEM et EDUSANTE, au cours de la formation pharmaceutique continue, par les réseaux de santé, par l'industrie pharmaceutique... (37). Aujourd'hui, peu de pharmaciens sont formés à l'éducation thérapeutique du patient, ce qui constitue un frein à leur intégration dans les programmes. Il est donc nécessaire de développer les formations initiale et continue afin que les pharmaciens puissent répondre aux exigences réglementaires de formation (35).

6.3.2.4 La nécessité d'un espace de confidentialité

La mise en œuvre de séances d'éducation thérapeutique du patient à l'officine nécessite un espace de confidentialité dédié permettant de créer un espace de convivialité afin de favoriser le dialogue avec le patient et de différencier l'éducation de la délivrance des médicaments. Les espaces de confidentialité sont de plus en plus présents dans les officines. Cependant, l'enquête des ARS montre que 34% des pharmacies ne dispose pas d'un espace de confidentialité adapté (35).

6.3.2.5 Le manque de crédibilité

Le statut socioprofessionnel et le fonctionnement du pharmacien en font un professionnel de santé « à part », en raison de l'enjeu commercial de sa démarche et de l'image de commerçant qui lui est associée. Les pharmaciens sont donc souvent critiqués en raison du risque de voir l'enjeu financier suppléer celui de la santé des patients. Ils restent toutefois reconnus comme une source fiable et nécessaire d'information sur les médicaments par les professionnels de santé(38). Le doute en la crédibilité du pharmacien est donc un obstacle important à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique par le pharmacien. La perception du rôle du pharmacien par les autres professionnels de santé dans la prise en charge du patient doit évoluer. En effet, peu de réseaux intègrent des pharmaciens dans l'équipe pluridisciplinaire. Les pharmaciens doivent souvent s'imposer et démontrer leurs compétences spécifiques dans la prise en charge du patient aux autres professionnels de santé. Ils doivent également prouver que leur démarche est indépendante d'une logique commerciale de recherche de profit.

6.3.2.6 Le manque de collaborations interprofessionnelles

Comme nous l'avons déjà précisé précédemment, la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient nécessite une équipe pluridisciplinaire(10). Les professionnels de santé doivent travailler en collaboration au sein de cette équipe et délimiter le rôle de chacun en fonction de ses compétences dans le but d'une prise en charge coordonnée du patient. En ambulatoire, les professionnels de santé exercent le plus souvent de manière isolée. L'implication du pharmacien dans une équipe pluridisciplinaire est une approche nouvelle du mode d'exercice. Afin de favoriser la collaboration entre les professionnels de santé, il est nécessaire que chacun puisse avoir accès au dossier médical du patient et qu'une formation commune soit mise en place.

Partie 2

Données générales sur **l'insuffisance cardiaque**

1 Physiopathologie

L'insuffisance cardiaque est l'incapacité du cœur à assurer, dans des conditions normales, le débit sanguin nécessaire aux besoins métaboliques et fonctionnels des différents organes. Cette altération entraîne une augmentation des pressions en amont du cœur et une réduction du débit cardiaque. Cependant, de nombreux mécanismes de compensation permettent de maintenir un débit cardiaque suffisant.

- le remodelage ventriculaire gauche : hypertrophie et/ou dilatation ventriculaire.
- les perturbations neuro-hormonales :
 - o Activation du système sympathique

Le système sympathique est le premier système d'adaptation à s'activer. L'activation du système sympathique via les récepteurs bêta-1, augmente la fréquence cardiaque et la contractilité du myocarde. Il entraîne également via les récepteurs alpha, une vasoconstriction périphérique. A court terme, cela contribue à maintenir le débit cardiaque. Cependant, l'activité sympathique a des conséquences délétères à long terme. L'augmentation de la fréquence cardiaque et de la contractilité entraîne une augmentation du travail cardiaque aggravée par la vasoconstriction périphérique et une augmentation de la consommation d'oxygène favorisant l'ischémie et les arythmies.

- o Activation du système rénine-angiotensine (SRA)

La cascade d'activation du SRA aboutit à la production d'angiotensine II qui est un puissant vasoconstricteur et qui induit par l'intermédiaire de l'aldostérone, une rétention hydrosodée importante. A court terme cela permet de maintenir la pression de perfusion et la filtration glomérulaire. Cependant, cette activation a des conséquences délétères à long terme en raison

de la vasoconstriction et de l'augmentation de la postcharge augmentant le travail cardiaque, de la rétention hydrosodée et du développement de la fibrose ventriculaire.

o Autres systèmes neuro-hormonaux

L'endothéline et l'arginine vasopressine sont stimulées dans la phase terminale de l'insuffisance cardiaque et provoquent une vasoconstriction et une rétention hydro-sodée.

Les peptides natriurétiques sont vasodilatateurs et natriurétiques. Ils sont sécrétés par les myocytes lorsqu'ils sont étirés sous l'effet de l'augmentation de la pression intraventriculaire.

Le BNP est un peptide natriurétique qui peut facilement être dosé dans la circulation et est un marqueur diagnostique de l'insuffisance cardiaque.

La meilleure connaissance de la physiopathologie de l'insuffisance cardiaque a été à l'origine des progrès réalisés dans la prise en charge. En effet, de nombreux médicaments utilisés interagissent avec les systèmes neuro-hormonaux.

2 Les différents types d'insuffisance cardiaque

2.1 Insuffisance cardiaque aiguë / chronique

L'insuffisance cardiaque aiguë est définie par à un accident brutal nécessitant un traitement urgent. Les mécanismes d'adaptation n'ont pas le temps de se mettre en place. Elle peut être liée à l'apparition d'une insuffisance cardiaque ou à l'aggravation d'une insuffisance chronique préexistante. Les différentes présentations cliniques de l'insuffisance cardiaque aiguë sont une décompensation d'une insuffisance cardiaque chronique, un œdème pulmonaire, un choc cardiogénique, une insuffisance cardiaque hypertensive, une insuffisance cardiaque droite isolée, un syndrome coronarien aigu (39).

La société européenne de cardiologie définit l'insuffisance cardiaque chronique comme un syndrome complexe dans lequel les patients doivent présenter les caractéristiques suivantes : des symptômes et des signes typiques d'insuffisance cardiaque et des preuves objectives d'une anomalie de la structure ou de la fonction du cœur au repos. L'insuffisance cardiaque chronique peut être longtemps bien tolérée en raison des mécanismes compensateurs qui sont mis en jeu. L'évolution est lente et progressive. Cette lente détérioration clinique peut être émaillée de situations aiguës (39).

2.2 Insuffisance cardiaque gauche / droite / globale

2.2.1 Insuffisance cardiaque gauche

L'insuffisance cardiaque gauche est la forme la plus fréquente d'insuffisance cardiaque. Elle est définie comme l'incapacité du ventricule gauche à assurer un débit suffisant pour couvrir les besoins métaboliques et fonctionnels de l'organisme.

La dyspnée est le symptôme le plus fréquent de l'insuffisance cardiaque gauche. Elle est liée à une élévation de la pression capillaire pulmonaire. La dyspnée apparaît d'abord à l'effort, puis au repos et enfin en position allongée (dyspnée de décubitus). La dyspnée paroxystique nocturne est caractéristique de l'œdème aigu du poumon. Il peut inaugurer l'insuffisance cardiaque gauche ou émailler son évolution. Une fatigue est souvent associée. Elle est due à une diminution du débit cardiaque en aval du cœur, responsable d'une hypoperfusion des organes.

La sévérité des symptômes de l'insuffisance cardiaque gauche est classée selon la classification fonctionnelle de la NYHA (New York Heart Association) (tableau V).

Tableau V : Classification NHYA(39)

Stade I	Pas de limitation de l'activité physique L'activité physique ordinaire n'entraîne pas de fatigue anormale, de dyspnée ou de palpitations
Stade II	Limitation modérée de l'activité physique Absence de symptômes au repos L'activité physique ordinaire entraîne fatigue, palpitations ou dyspnée
Stade III	Limitation marquée de l'activité physique Absence de symptômes au repos Une activité moindre qu'à l'accoutumée provoque une fatigue, des palpitations ou une dyspnée
Stade IV	Impossibilité de réaliser une activité physique sans symptômes Symptômes d'insuffisance cardiaque présents même au repos. Le moindre effort aggrave ces manifestations

La plupart des maladies cardiovasculaires peuvent aboutir à une insuffisance cardiaque mais certaines causes sont plus fréquentes. Les principales causes de l'insuffisance cardiaque gauche sont une insuffisance coronarienne (angor, infarctus du myocarde), une hypertension artérielle, des cardiomyopathies (dilatée, hypertrophique ou restrictive) et des valvulopathies (insuffisance mitrale ou aortique).

L'insuffisance cardiaque gauche débute le plus souvent sans symptômes, puis elle évolue vers une dyspnée permanente pour aboutir à une insuffisance cardiaque globale associant des signes d'insuffisance ventriculaire droite se terminant par la mort. Cependant, la mort subite est toujours à craindre. L'évolution de l'insuffisance cardiaque gauche n'est pas progressive mais par poussées provoquées par différents facteurs déclenchants, tels une non observance du traitement médical ou de la restriction hydrosodée, une infection, des troubles du rythme cardiaque, des poussées hypertensives, des dysthyroïdies, des causes iatrogènes, des efforts physiques, stress, conditions climatiques...

2.2.2 Insuffisance cardiaque droite

L'insuffisance cardiaque droite se définit par une incapacité du ventricule droit à éjecter le sang veineux de la circulation systémique dans la circulation pulmonaire. L'insuffisance cardiaque droite pure est rare. Il s'agit le plus souvent d'une aggravation d'une insuffisance ventriculaire gauche.

Les symptômes d'insuffisance ventriculaire droite résultent principalement de l'encombrement de la circulation veineuse systémique par stase circulatoire en amont du ventricule droit. Il s'agit de signes hépatiques (hépatalgie d'effort, hépatomégalie, reflux hépato-jugulaire), une turgescence des veines jugulaires et des œdèmes périphériques.

Les causes de l'insuffisance ventriculaire droite isolée sont principalement des affections broncho-pulmonaires responsables d'une hypertension artérielle pulmonaire : broncho-pneumopathies obstructives, emphysème, asthme, fibrose pulmonaire... L'hypertension artérielle pulmonaire peut également être secondaire à une embolie pulmonaire, une cardiopathie congénitale et à une insuffisance cardiaque gauche. Elle peut aussi être primitive.

Les causes d'insuffisance ventriculaire droite sont également liées à une atteinte du cœur droit : valvulopathie, myocardiopathie, infarctus du myocarde.

L'évolution de l'insuffisance ventriculaire droite se fait par poussées. Les facteurs aggravants sont une embolie pulmonaire, des surinfections, des troubles du rythme... Dans l'insuffisance cardiaque évoluée, les œdèmes sont très importants, le foie devient dur avec des perturbations des fonctions hépatiques et une ascite. La mort survient alors rapidement dans un tableau de cachexie.

2.2.3 Insuffisance cardiaque globale

L'insuffisance cardiaque globale traduit une défaillance combinée du ventricule gauche et du ventricule droit. Les symptômes observés associent des signes d'insuffisance cardiaque gauche comme la dyspnée à des signes d'insuffisance cardiaque droite comme une turgescence jugulaire, un gros foie et des œdèmes. L'insuffisance cardiaque globale peut survenir d'emblée ou compliquer une insuffisance cardiaque gauche.

2.3 Insuffisance cardiaque systolique / à fraction d'éjection préservée

L'insuffisance cardiaque peut être due à une anomalie de la fonction systolique correspondant à une altération de la contractilité myocardique conduisant à un défaut d'expulsion du sang ; c'est l'insuffisance cardiaque systolique. La fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) est abaissée et est inférieure à 50%. L'insuffisance cardiaque systolique représente environ 60% des insuffisances cardiaques. L'insuffisance cardiaque peut également être due à une

anomalie de la fonction diastolique résultant d'un défaut de la relaxation et de la distensibilité ventriculaire conduisant à un défaut de remplissage ventriculaire. La fonction systolique est normale et la fraction d'éjection est normale ou un peu abaissée. On parle alors d'insuffisance cardiaque diastolique mais le terme d'insuffisance cardiaque à fonction systolique préservée est préféré. Ce type d'insuffisance cardiaque est moins fréquent et représente 40% des insuffisances cardiaques. Enfin, les altérations de la fonction systolique peuvent être associées à des troubles de la fonction diastolique.

3 Traitement de l'insuffisance cardiaque

L'approche thérapeutique de l'insuffisance cardiaque s'est modifiée au cours des dernières décennies en raison d'une meilleure compréhension des différents mécanismes physiopathologiques. Il ne s'agit plus seulement d'améliorer les symptômes mais également de ralentir la progression de la maladie et de réduire la mortalité. Les approches thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque sont multiples et comprennent des mesures d'ordre général, un traitement pharmacologique, des dispositifs mécaniques et des interventions chirurgicales. Les dernières recommandations de la société européenne de cardiologie en 2008 font une plus large place au traitement non médicamenteux (39)

3.1 Objectifs du traitement

Le traitement de l'insuffisance cardiaque a un triple but : la prévention, la diminution de la morbidité en soulageant les symptômes, en maintenant ou en améliorant la qualité de vie et en évitant les réhospitalisations et la diminution de la mortalité.

3.2 Prévention

Il est possible de retarder ou de prévenir l'apparition d'une insuffisance cardiaque par une prise en charge précoce des situations conduisant à une insuffisance cardiaque notamment des patients avec une hypertension et/ou une maladie coronarienne. Une prise en charge du risque cardiovasculaire est donc essentielle : arrêt du tabac, perte de poids, activité physique

régulière ainsi que le traitement de l'hypertension, du diabète et des dyslipidémies. Le traitement étiologique des causes de l'insuffisance cardiaque doit également être mis en œuvre. Enfin, il faut prévenir les facteurs déclenchants d'une décompensation de l'insuffisance cardiaque.

3.3 Traitement non pharmacologique

- Autosurveillance des symptômes de décompensation cardiaque : dyspnée inhabituelle, apparition d'œdèmes, surveillance régulière du poids.
- Recommandations diététiques
 - o Alimentation pauvre en sodium : consommation maximale de 5 à 6 g/j de sel,
 - o Restriction hydrique de 1,5 à 2 l/j
 - o Consommation modérée d'alcool voire nulle en cas de suspicion de cardiomyopathie alcoolique
 - o Perte de poids chez les patients obèses
 - o Prévention de la dénutrition
- Arrêt du tabac
- Vaccinations antigrippale annuelle et antipneumococcique
- Activité physique modérée régulière et quotidienne
- Soutien psychologique, dépistage de la dépression
- Education du patient

Les programmes de prise en charge de l'insuffisance cardiaque font désormais partie des recommandations de la société européenne de cardiologie notamment pour les patients insuffisants cardiaques récemment hospitalisés et les patients à haut risque.

Le tableau VI résume les composants des programmes de prise en charge de l'insuffisance cardiaque recommandés par la Société européenne de cardiologie (39).

Tableau VI : Recommandations pour les programmes de prise en charge de l'insuffisance cardiaque(39)

• Approche multidisciplinaire conduite par des infirmières spécialisées en insuffisance cardiaque en collaboration avec les médecins et autres services connexes
• Premier contact lors d'une hospitalisation, suivi précoce après la sortie, en service hospitalier, par des visites à domicile, par assistance téléphonique et par surveillance à distance
• Ciblage des patients symptomatiques à haut risque
• Amélioration de l'accès au soin (téléphone, surveillance à distance et suivi)
• Prise en charge facilitée en cas de décompensation
• Optimisation de la prise en charge médicale
• Accès aux traitements de pointe
• Education du patient axée sur l'observance et les autosoins
• Implication du patient dans la surveillance des symptômes et dans l'adaptation de la dose de diurétiques
• Soutien psychosocial aux patients, à leur famille et aux soignants

L'éducation thérapeutique fait également partie des référentiels de prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique de l'HAS (40)(41). Les actions d'éducation thérapeutique doivent faire intervenir une équipe pluridisciplinaire pour une prise en charge coordonnée des

soins. Une participation active du patient est indispensable et celui-ci doit recevoir une éducation personnalisée. L'éducation thérapeutique doit comporter :

- une information sur l'insuffisance cardiaque et ses symptômes et précisant les signes d'alarme qui doivent conduire à une consultation (prise de poids, essoufflement) ;
- une information sur les thérapeutiques prescrites, les effets indésirables possibles du traitement reçu par le patient, la planification des examens de routine ;
- une information sur les traitements à interrompre dans la mesure du possible et sur les médicaments à éviter (suppléments potassiques, AINS, inhibiteurs calciques).

3.4 Traitement médicamenteux

3.4.1 Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)

Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) bloquent le système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA) en inhibant l'enzyme responsable de la conversion de l'angiotensine I en angiotensine II et de la dégradation des bradykinines. Il en résulte une action vasodilatatrice mixte sur les fibres musculaires artérielle et veineuse ainsi qu'une diminution de la rétention hydrosodée par diminution de la sécrétion d'aldostérone.

Un traitement par IEC est recommandé chez tous les patients insuffisants cardiaques ayant une FEVG $\leq$ à 40% qu'ils soient symptomatiques ou non en l'absence de contre-indication ou d'intolérance. Les IEC améliorent la fonction ventriculaire gauche en luttant contre le remodelage, réduisent les hospitalisations pour aggravation de l'insuffisance cardiaque, et augmentent la survie (39).

Les IEC prescrits dans l'insuffisance cardiaque sont préférentiellement ceux dont l'efficacité a été démontrée dans les différentes études cliniques : captopril, énalapril, lisinopril, ramipril, trandolapril. Les posologies recommandées sont indiquées en annexe (Annexe 2).

Les IEC peuvent entraîner une hypotension artérielle, une altération de la fonction rénale en particulier s'ils sont associés à des diurétiques et une hyperkaliémie. Le traitement par IEC doit donc être débuté à faible dose et l'augmentation de la posologie doit être progressive jusqu'à la dose cible recommandée par les études ou la dose maximale tolérée en surveillant la fonction rénale, le ionogramme et la tension artérielle. Les IEC peuvent également être à l'origine d'une toux résistante aux antitussifs et d'angio-œdèmes nécessitant un arrêt du traitement et son remplacement par un ARA II.

3.4.2 Les bêtabloquants

Les bêtabloquants ont longtemps été contre-indiqués dans l'insuffisance cardiaque notamment en raison de leur effet inotrope négatif. Les bêtabloquants s'opposent aux effets délétères de l'hyperstimulation sympathique qui est un mécanisme de compensation de l'insuffisance cardiaque. Ils augmentent ainsi la fraction d'éjection et réduisent les pressions de remplissage ventriculaire gauche.

Le traitement par bêtabloquant est recommandé chez tous les patients insuffisants cardiaques symptomatiques (classe NYHA II à IV) ayant une FEVG $\leq 40\%$ en l'absence de contre-indication ou d'intolérance. Les bêtabloquants sont également indiqués dans l'insuffisance ventriculaire gauche asymptomatique en post infarctus. Le traitement par bêtabloquant doit systématiquement être associé à un IEC ou un ARA II à dose optimale. Les bêtabloquants

améliorent la fonction ventriculaire gauche, réduisent les hospitalisations pour aggravation de l'insuffisance cardiaque, prolongent la survie et améliorent la qualité de vie des patients (39).

Le choix du bêtabloquant prescrit doit se faire parmi les quatre molécules qui ont démontré leur efficacité dans l'insuffisance cardiaque : carvédilol, bisoprolol, succinate de métoprolol et nébivolol. Les posologies recommandées sont indiquées en annexe (Annexe 2).

Le traitement par bêtabloquant doit être débuté à faible dose chez des patients cliniquement stables préalablement traités par un IEC sous surveillance médicale à la recherche d'une aggravation des signes d'insuffisance cardiaque, d'une hypotension ou d'une bradycardie. La dose est ensuite augmentée progressivement par paliers de 2 à 4 semaines jusqu'à atteindre la dose cible recommandée par les études ou la dose maximale tolérée. La posologie ne doit pas être augmentée en cas d'aggravation des signes d'insuffisance cardiaque, d'hypotension symptomatique ou de fréquence cardiaque inférieure à 50 batt / min.

3.4.3 Les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II)

Les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) bloquent l'effet de l'angiotensine II par antagonisme sur les récepteurs ATI de l'angiotensine II. Leurs effets sont comparables aux IEC mais ils sont souvent mieux tolérés car ils n'entraînent pas d'augmentation des bradykinines et par conséquent pas de toux ni d'angio-œdèmes.

Le traitement par ARA II est recommandé chez les patients insuffisants cardiaques avec une FEVG $\leq$ 40% soit comme une alternative chez les patients ne tolérant pas les IEC ou chez les patients demeurant symptomatiques malgré un traitement optimal par IEC et bêtabloquant. Le traitement par un ARA II améliore la fonction ventriculaire et le bien-être des patients, et

réduit les hospitalisations pour aggravation de l'insuffisance cardiaque. Les ARA II ne remplacent cependant pas les IEC qui restent le traitement de référence(39).

L'instauration d'un traitement par ARA II doit respecter les mêmes règles que pour les IEC, à savoir débuter par une faible dose et surveiller la créatininémie et le ionogramme. L'augmentation de la posologie s'effectue également progressivement pour atteindre les valeurs cibles validées ; les bénéfices sur la morbi-mortalité étant, comme avec les IEC, dépendants de la dose.

3.4.4 Les diurétiques

3.4.4.1 Les diurétiques de l'anse et thiazidiques

Les diurétiques de l'anse inhibent la réabsorption de NaCl au niveau de la branche ascendante de la branche de Henle alors que les diurétiques thiazidiques inhibent la réabsorption de NaCl au niveau du segment cortical de dilution. Tout deux augmentent l'excrétion urinaire du potassium. L'effet natriurétique est dose dépendant mais cet effet est plus important pour les diurétiques de l'anse. L'action des diurétiques de l'anse persiste même en cas d'insuffisance rénale alors que les diurétiques thiazidiques sont inefficaces.

Les diurétiques sont recommandés chez les patients insuffisants cardiaques ayant des symptômes ou des signes cliniques de congestion. En effet, les diurétiques entraînent une réduction de la rétention hydrosodée et améliorent les symptômes d'insuffisance cardiaque (dyspnée, tolérance à l'effort, œdèmes périphériques). Cependant, il n'existe aucun essai clinique ayant évalué les effets des diurétiques sur la morbi-mortalité. Les diurétiques doivent

être utilisés en association avec un IEC ou un ARA II car ils stimulent le système rénine-angiotensine-aldostérone ce qui peut être délétère à long terme (39).

Initialement, les diurétiques thiazidiques peuvent suffire mais le plus souvent les diurétiques de l'anse sont préférés en raison d'une action salidiurétique plus importante. La fonction rénale et le ionogramme doivent être surveillés régulièrement en raison du risque d'hyponatrémie et d'hyperkaliémie. Au cours d'une insuffisance cardiaque modérée, le traitement est commencé avec une faible dose, puis la dose est augmentée progressivement jusqu'à l'amélioration des symptômes et des signes de congestion. A distance d'un épisode congestif après la restauration du poids sec, la dose de diurétique doit être ajustée pour limiter le risque d'insuffisance rénale et de déshydratation. Le traitement consiste alors à maintenir le poids sec avec une dose de diurétique la plus faible possible. Dans l'insuffisance cardiaque sévère, la dose de diurétique est augmentée progressivement pour contrôler les symptômes. La dose peut alors être prescrite en plusieurs prises pour lutter contre la rétention hydrosodée. En cas de réponse insuffisante, une association d'un diurétique de l'anse avec un diurétique thiazidique peut être bénéfique car ils agissent en synergie mais sous surveillance biologique stricte. L'auto-ajustement des doses de diurétiques selon les résultats des pesées quotidiennes et des signes cliniques de rétention doit être encouragé chez les patients insuffisants cardiaques en ambulatoire dans le cadre d'une démarche d'éducation thérapeutique. Les diurétiques utilisés ainsi que leurs posologies sont indiqués en annexe (Annexe 2).

3.4.4.2 Les antagonistes des récepteurs de l'aldostérone

Les antagonistes des récepteurs de l'aldostérone sont des diurétiques d'épargne potassique. Ils agissent par antagonisme compétitif des récepteurs de l'aldostérone au niveau du tube distal

ce qui entraîne une inhibition de la réabsorption de NaCl et une augmentation de l'élimination du potassium. L'effet diurétique est cependant modéré.

Les antagonistes de l'aldostérone sont indiqués au cours de l'insuffisance cardiaque sévère de classe NYHA III ou IV chez les patients ayant une FEVG $\leq 35\%$. Ils réduisent le taux d'hospitalisation pour aggravation de l'insuffisance cardiaque et augmentent la survie lorsqu'ils sont ajoutés au traitement classique associant IEC ou ARA II et bêtabloquants. L'éplérénone est indiquée en post infarctus du myocarde chez les patients ayant des signes d'insuffisance cardiaque et une FEVG $\leq 40\%$ (39).

Le traitement est débuté par des doses faibles qui seront augmentées pour atteindre la dose cible en surveillant la fonction rénale et la kaliémie. En cas de troubles endocriniens (gynécomastie, impuissance, troubles des règles) sous traitement par spironolactone, il faut la substituer par de l'éplérénone mieux tolérée.

3.4.5 La digoxine

La digoxine est un hétéroside cardiotonique ayant différents effets : un effet inotrope positif en augmentant le calcium intracellulaire par inhibition de la pompe $\text{Na}^+/\text{K}^+/\text{ATPase}$ membranaire, un effet chronotrope négatif, un effet dromotrope négatif et un effet bathmotrope négatif.

La digoxine est indiquée chez les patients insuffisants cardiaques en fibrillation atriale afin de ralentir la fréquence ventriculaire. Elle est le plus souvent prescrite en association aux bêtabloquants, ou en première intention chez les patients symptomatiques. Chez les patients en rythme sinusal, la digoxine est indiquée dans l'insuffisance cardiaque de classe NYHA II –

IV avec une FEVG $\leq 40\%$ en association avec un traitement par un IEC et/ou un ARAII, un bêtabloquant et un antagoniste de l'aldostérone à doses optimales s'ils sont indiqués. Le traitement par la digoxine permet alors d'améliorer la fonction ventriculaire et les symptômes, et de réduire les hospitalisations pour aggravation de l'insuffisance cardiaque, mais il n'a aucun effet sur la survie (39).

Avant d'initier le traitement, il est nécessaire de réaliser un électrocardiogramme et un bilan biologique comportant un ionogramme et une créatininémie. La posologie est de 0,25 mg /j chez les patients ayant une fonction rénale normale. Elle est réduite à 0,125 ou 0,0635 mg/j chez les sujets âgés et chez ceux présentant une insuffisance rénale. Le taux de digoxine sérique doit être vérifié en début de traitement : il doit se situer entre 0,6 et 1,2 ng / mL. L'état d'équilibre met plus de temps à être atteint en cas d'insuffisance rénale.

La plupart des effets indésirables de la digoxine sont des signes de surdosage : troubles cardiaques aggravés par l'hyperkaliémie, troubles digestifs (nausées, vomissements, anorexie), troubles neurosensoriels (confusion, perturbation de la vision des couleurs).

3.5 Dispositifs et chirurgie

3.5.1 Traitement chirurgical

Différentes interventions chirurgicales peuvent être envisagées afin de traiter la cause de l'insuffisance cardiaque (revascularisation myocardique, chirurgie valvulaire...). La transplantation cardiaque doit être envisagée dans l'insuffisance cardiaque terminale lorsque les autres thérapeutiques ont échoué. Dans l'attente d'une transplantation, une assistance ventriculaire peut être mise en place.

3.5.2 Traitement électrique

Le traitement électrique de l'insuffisance cardiaque repose sur la défibrillation ventriculaire et sur la resynchronisation cardiaque qui peuvent être associées.

La resynchronisation cardiaque est réalisée par un stimulateur biventriculaire ou par un défibrillateur automatique implantable biventriculaire. Diverses études ont montré que la resynchronisation cardiaque améliore les symptômes, la tolérance à l'effort et la qualité de vie et réduit la morbidité et la mortalité. La resynchronisation cardiaque est recommandée chez les patients insuffisants cardiaques de classe NYHA III-IV avec une FEVG $\leq 35\%$ et un allongement du QRS ($\text{QRS} \geq 120 \text{ ms}$) ou chez les patients en classe NYHA II avec une FEVG $\leq 35\%$ et $\text{QRS} \geq 150 \text{ ms}$ et ce malgré un traitement pharmacologique optimal. (42)

Les défibrillateurs automatiques implantables sont indiqués en prévention secondaire chez les patients ayant fait un arrêt cardiaque récupéré et chez les patients ayant des troubles du rythme ventriculaire instables hémodynamiquement. Ils sont également indiqués en prévention primaire chez les patients insuffisants cardiaques à risque de survenue de troubles du rythme ventriculaire (infarctus du myocarde, cardiomyopathie non ischémique). Ils permettent chez ces patients de réduire la mortalité et donc de diminuer la prévalence de la mort subite d'origine cardiaque(39).

3.6 Stratégie thérapeutique

3.6.1 Stratégie thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque avec altération de la fonction systolique du ventricule gauche (39)

Tableau VII : Algorithme décisionnel pour le traitement de l'insuffisance cardiaque systolique d'après les recommandations de la Société européenne de cardiologie(39)

	Pour améliorer la survie	Pour améliorer les symptômes
NYHA I	Continuer IEC ou ARA II si intolérance aux IEC Continuer l'anti-aldostérone si post IDM Ajouter un bêtabloquant si post IDM	Réduire ou arrêter les diurétiques
NYHA II	IEC comme traitement de 1 ^{ère} intention ou ARA II si intolérance aux IEC Ajouter un bêtabloquant Ajouter un anti-aldostérone si post infarctus du myocarde	+ / - diurétiques selon la rétention hydrique
NYHA III	IEC + ARA II ou ARA II seuls si intolérance aux IEC Bêtabloquant Ajouter un anti-aldostérone	+ diurétiques + digitaliques si encore symptomatique
NYHA IV	Continuer IEC / ARA II Bêtabloquant Anti-aldostérone	+ diurétiques (association) + digitaliques + support inotrope temporaire

ARA II : antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 ; **IEC** : inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ; **IDM** : infarctus du myocarde ; **NYHA** : New York Heart Association

NB : l'association IEC + ARA II + anti-aldostérone est contre indiquée

3.6.2 Stratégie thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection ventriculaire gauche préservée(39)

Actuellement, aucun traitement n'a démontré son efficacité en termes de mortalité et de morbidité dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection ventriculaire gauche préservée. Il n'existe que peu de données issues d'essais thérapeutiques du fait de l'exclusion fréquente de cette population dans ces essais, ce qui rend difficile l'élaboration de recommandations thérapeutiques.

- Les diurétiques de l'anse peuvent être prescrits en cas de rétention hydrosodée mais ils doivent être utilisés avec prudence sur une courte durée.
- Les inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone (IEC et ARA II) peuvent être prescrits en particulier en cas d'hypertension artérielle. Les IEC peuvent également à long terme réduire l'hypertrophie myocardique.
- Les bêtabloquants et le vérapamil peuvent être utilisés pour réduire la fréquence cardiaque et augmenter la phase de remplissage de la diastole.

Le traitement de la cause de cette insuffisance cardiaque est important. Une prise en charge d'une hypertension artérielle, d'une cardiopathie ischémique ainsi qu'un contrôle de la fréquence ventriculaire chez les patients atteints de fibrillation auriculaire est nécessaire. Enfin le traitement des facteurs déclenchants est particulièrement important dans un contexte d'insuffisance cardiaque aiguë à fonction systolique ventriculaire gauche préservée : fibrillation auriculaire, poussée hypertensive, infection broncho-pulmonaire...

Partie 3

Education thérapeutique du patient insuffisant cardiaque

1 Nécessité d'une nouvelle approche dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque

1.1 L'insuffisance cardiaque est une maladie fréquente

Dans l'étude de Framingham, on observe que la prévalence augmente avec l'âge, passant de 1% chez les sujets de 50 – 59 ans à 9% chez ceux de 80 – 89 ans (43). L'incidence annuelle de l'insuffisance cardiaque varie de 1 à 5‰ selon les études. Elle augmente de façon importante avec l'âge pouvant atteindre 5% chez les plus de 75 ans (44). Ces chiffres sont probablement sous-estimés car les critères utilisés dans les études ne permettent pas d'identifier l'insuffisance cardiaque latente. En France, on estime à 500000 le nombre de patients insuffisants cardiaques et à 120000 le nombre de nouveaux cas chaque année (45). L'incidence augmente avec l'âge. Elle passe de 4 ‰ chez les hommes et 3‰ chez les femmes de 55 à 64 ans à 50‰ chez les hommes et 85‰ chez les femmes de 85 à 94 ans (44). L'insuffisance cardiaque est donc une pathologie du sujet âgé puisque l'âge moyen de survenue d'une insuffisance cardiaque est de 74 ans et que deux tiers des patients a plus de 70 ans (44). L'incidence et la prévalence de l'insuffisance cardiaque sont en augmentation en raison du vieillissement de la population, des progrès diagnostiques et de l'amélioration de la prise en charge des pathologies cardiovasculaires.

1.2 L'insuffisance cardiaque est une maladie grave

L'insuffisance cardiaque est associée à un pronostic sombre puisque 50% des patients sont décédés à 4 ans et que 40% des patients admis à l'hôpital avec une insuffisance cardiaque sont décédés ou réadmis dans un délai de 1 an(39). La mortalité des patients insuffisants cardiaques est 2 à 3 fois plus élevée que celle de la population générale de même âge (44). Dans l'étude de Framingham, la durée médiane de survie est de 1,66 ans chez les hommes et de 3,17 ans chez les femmes. Le taux de survie à 5 ans est de 25% chez les hommes et de 38% chez les femmes (43). Cette mortalité est comparable, voire supérieure à celle de nombreux cancers (44). En France, il y a plus de 32000 décès par an par insuffisance cardiaque (44). L'insuffisance cardiaque reste une maladie grave malgré les récents progrès thérapeutiques. Dans l'étude EPICAL, réalisée en Lorraine et menée sur de patients atteints d'insuffisance cardiaque grave (stade NYHA III et IV), la mortalité à un an est de 35,4% alors que près de 75% des patients reçoivent des inhibiteurs de l'enzyme de conversion. La mortalité à long terme des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque sévère avoisine 50% à deux ans avec une survie sans réhospitalisation de 10% à deux ans (46).

En France, le nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque est estimé à environs 150000 par an avec une durée moyenne de séjour de 10,5 jours (45). En Europe, l'insuffisance cardiaque représente 10% des patients hospitalisés. Le nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque a beaucoup augmenté en Europe dans les années 1980 – 1990 mais il semble s'être stabilisé depuis les années 2000 (44). Les patients sont le plus souvent hospitalisés plusieurs fois. Dans une étude néerlandaise, 16% des patients insuffisants cardiaques ont été réhospitalisés dans les 6 mois suivant leur première hospitalisation (44). Une grande part de ces réhospitalisations peut être évitée. En effet, les principaux motifs de réhospitalisation sont une mauvaise observance du traitement ou du

régime alimentaire, une sortie mal organisée ou un mauvais suivi, une insuffisance du système d'aide sociale... (47) Ces causes pourraient être corrigées par une meilleure prise en charge de la maladie.

1.3 L'insuffisance cardiaque est une maladie coûteuse

Afin d'estimer au mieux le coût d'une pathologie, il faut tenir compte des coûts directs comprenant l'ensemble des ressources médicales mobilisées hospitalières et ambulatoires, mais aussi des coûts indirects correspondant à des modifications d'activité du patient ou de son entourage (48). En Europe, l'insuffisance cardiaque représente 2% des dépenses de santé(44). En France, le coût total des dépenses liées à l'insuffisance cardiaque est estimé à 1 milliard d'euros par an soit 1% des dépenses médicales totales (44). L'hospitalisation constitue le poste dont le coût est le plus important, avec plus de 85% du coût total de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque (48).

1.4 L'insuffisance cardiaque est une maladie invalidante avec un impact sur la qualité de vie

L'insuffisance cardiaque a des conséquences sur toutes les dimensions de la qualité de vie. En effet, une étude anglaise a montré une altération significative de toutes les dimensions de la qualité de vie des patients insuffisants cardiaques par rapport à la population générale et que cette détérioration de la qualité de vie augmente avec la sévérité de l'insuffisance cardiaque. De plus, l'impact de l'insuffisance cardiaque sur le fonctionnement physique apparaît comme

plus important que dans le cas d'autres pathologies chroniques (49). L'altération de la qualité de vie est un facteur prédictif d'une évolution péjorative de l'insuffisance cardiaque en terme de survie et d'hospitalisation. En effet, une étude menée sur la cohorte EPICAL a montré qu'une diminution de 10 points du score de qualité de vie est associée à une augmentation de 23 – 36% du risque de décès et d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque (50).

L'insuffisance cardiaque est une pathologie invalidante responsable d'une dyspnée et d'une asthénie, entraînant souvent une perte d'autonomie et une limitation des activités physiques ce qui a des conséquences sur les activités quotidiennes du patient. Les symptômes ont également des conséquences sur les activités sociales, familiales et professionnelles du patient. En effet, la limitation d'activité peut empêcher le patient de participer à des activités sociales ce qui peut restreindre son réseau social. De plus, le patient peut devenir dépendant de sa famille et des ses amis ce qui peut lui donner le sentiment d'être un fardeau pour eux. Les patients insuffisants cardiaques sont plus exposés à développer des troubles anxieux et dépressifs en raison de l'angoisse générée par la crainte de survenue de décompensations et de mort subite, et de la limitation d'autonomie et d'activités. Enfin, le traitement de l'insuffisance cardiaque est complexe. Le traitement médicamenteux comprend de nombreux médicaments que le patient doit prendre tous les jours. Les effets indésirables et les interactions médicamenteuses sont nombreux et une surveillance biologique régulière est nécessaire. La prise en charge non pharmacologique est également importante. Le patient doit surveiller ses symptômes et contrôler son poids. Le régime sans sel est difficile à suivre et nécessite une modification de l'alimentation. Le traitement prend donc une place importante dans la vie quotidienne du patient et de son entourage.

L'insuffisance cardiaque est donc une maladie grave, fréquente, coûteuse avec un impact important sur la qualité de vie des patients. L'amélioration de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques est nécessaire et représente un enjeu de santé publique. Le patient doit participer de manière active à son traitement et adopter de nouveaux comportements. L'importance d'une participation active du patient à la prise en charge de sa maladie comme le suivi des règles hygiéno-diététiques, l'autosurveillance et une attitude adaptée devant des signes d'aggravation, l'observance du traitement, une activité physique régulière... ont montré un impact sur la prévention des hospitalisations et sur la qualité de vie des patients insuffisants cardiaques(39). L'éducation thérapeutique, notamment dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire, apparaît comme un nouveau mode de prise en charge permettant au patient d'acquérir des compétences afin de concilier au mieux sa qualité de vie avec sa maladie.

2 Preuve de l'efficacité de l'éducation thérapeutique des patients dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque

Rich et al. sont les premiers à avoir démontré dès 1995 aux Etats-Unis l'intérêt d'une intervention multidisciplinaire dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. Ils ont publié une étude prospective sur des patients insuffisants cardiaques âgés à haut risque d'hospitalisation qui compare une prise en charge conventionnelle à une prise en charge multidisciplinaire comprenant une formation sur l'insuffisance cardiaque par une infirmière spécialisée, un suivi des mesures diététiques par une diététicienne, une planification du retour à domicile par des services sociaux, une vérification de la conformité du traitement par un cardiologue et un suivi à domicile après la sortie. Les résultats de cette étude montrent une réduction significative des réhospitalisations, une diminution importante des coûts liés à la pathologie et une amélioration de la qualité de vie dans le groupe ayant eu une éducation et une coordination des soins par une équipe multidisciplinaire (51). Puis, Stewart et al. ont rapporté l'impact d'une intervention à domicile par une infirmière spécialisée à la suite d'une hospitalisation dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée sur la réduction des hospitalisations et de la mortalité mais aussi sur la diminution des coûts (52). Différentes méta-analyses ont confirmé l'efficacité d'une équipe multidisciplinaire dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque(53)(54)(55). Ces études montrent une diminution de la mortalité, une diminution du nombre et de la durée des hospitalisations pour insuffisance cardiaque et des hospitalisations toutes causes. Une autre étude montre également une amélioration de l'adéquation des prescriptions médicamenteuses avec les recommandations, un meilleur respect des règles alimentaires, ainsi qu'une amélioration de toutes les dimensions de la qualité de vie (56).

Dans la méta-analyse de McAlister, les programmes de prise en charge multidisciplinaire des patients insuffisants cardiaques diminuent de 27% les hospitalisations pour insuffisance cardiaque et de 20% les hospitalisations toutes causes. Ils permettent également de réduire la mortalité toutes causes de 25%. Ces résultats sont comparables aux bénéfices obtenus avec un traitement par IEC d'où l'engouement actuel pour le développement de ces programmes. Il apparaît également que la prise en charge par une équipe multidisciplinaire soit plus efficace pour réduire la morbi-mortalité. En effet, la mortalité globale est réduite dans les programmes faisant intervenir une équipe multidisciplinaire spécialisée que ce soit en hospitalisation ambulatoire ou à domicile, alors qu'aucune réduction de mortalité n'est montrée dans les programmes d'autoéducation du patient et de suivi téléphonique. En revanche, l'impact sur la réduction du nombre d'hospitalisations est significative quelque soit le type de programme(54).

L'éducation thérapeutique du patient a un rôle crucial dans ces interventions (57). L'éducation thérapeutique est un élément fondamental dans la réussite des programmes de prise en charge pluridisciplinaire retrouvés dans la littérature (53)(54)(55). Mais l'efficacité de la prise en charge pluridisciplinaire ne peut pas être imputable uniquement à l'éducation. En effet, d'autres éléments comme l'optimisation du traitement, le soutien psychosocial, un meilleur accès aux soins et une optimisation du traitement font également partie des programmes de prise en charge pluridisciplinaire. Dans ces études, le bénéfice attribuable à l'éducation thérapeutique seul n'est pas connu (57). Certaines études portent sur des actions éducatives « pures » mais elles associent une composante de soutien psychosocial. Jaarsma et al. ont étudié les effets d'une éducation associée à un soutien psychosocial sur les conséquences de l'insuffisance cardiaque sur la vie quotidienne. L'éducation et le soutien ont été réalisés par une infirmière pendant le séjour hospitalier puis par un appel téléphonique et par une visite au domicile du patient. Les résultats de cette étude montrent une amélioration des compétences

d'autosoins du patient comme par exemple l'adhésion au traitement, une activité physique adaptée, une connaissance des signes d'aggravation de l'insuffisance cardiaque et une réaction adéquate en cas d'apparition de ces symptômes ainsi qu'une réduction du nombre de réadmissions à l'hôpital mais aucun effet significatif sur l'utilisation des ressources de soins (58). Plus récemment, Krumholz et al ont rapporté une diminution du nombre d'hospitalisations et des coûts de soins suite à une prise en charge associant une éducation du patient et une intervention de soutien (59). Koeling et al. ont essayé de déterminer l'efficacité spécifique de l'éducation chez les patients insuffisants cardiaques. Ils ont réalisé une étude qui compare les effets d'une heure d'éducation individuelle dispensée par une infirmière spécialisée à la sortie du patient de l'hôpital à une prise en charge de sortie standard. Les résultats de cette étude montrent que l'éducation du patient a permis de diminuer le nombre de réhospitalisations et de décès ainsi que le coût des soins. L'éducation permet également d'améliorer les résultats cliniques des patients et d'augmenter la pratique des mesures d'autosoins comme la pesée quotidienne, le régime hyposodé, le sevrage tabagique...(60)

L'éducation thérapeutique du patient est donc au cœur de la prise en charge multidisciplinaire. Elle est devenue une intervention thérapeutique à part entière en raison de résultats engageants en termes de réduction de la morbi-mortalité et d'amélioration de la qualité de vie. Le contenu et la structure des programmes d'éducation des patients insuffisants cardiaques varient largement selon les pays et les établissements de santé, et sont adaptés aux besoins locaux. La majorité des études ont été effectuées sur des patients insuffisants cardiaques à haut risque (insuffisance cardiaque sévère, sujets âgés, hospitalisation récente) donc avec un mauvais pronostic et un risque élevé de réhospitalisations. L'initiation du programme est souvent lancée durant une hospitalisation ou à la sortie. Il serait donc intéressant d'évaluer si l'éducation aurait une efficacité similaire sur une autre population et en dehors d'une hospitalisation récente. L'intensité des programmes est également à déterminer (39).

3 Éducation des patients insuffisants cardiaques en France : état des lieux

En France, l'éducation thérapeutique du patient prend une place de plus en plus importante dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques. Initialement, l'éducation thérapeutique s'est développée en fonction des possibilités et des volontés locales. L'intérêt de l'éducation thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque a pris son essor ces dernières années avec la démonstration de l'efficacité d'une prise en charge en réseau incluant l'éducation des patients et le développement du programme I-CARE.

Il existe plusieurs types de structures et programmes d'éducation thérapeutique du patient ; ils peuvent être locaux, régionaux et nationaux. De plus, les modalités du programme d'éducation dépendent des structures locales (au sein d'un service hospitalier ou d'un centre de réadaptation cardiaque, en ambulatoire, ou par un réseau ville-hôpital) (61).

3.1 Structures et programmes locaux et régionaux d'éducation thérapeutique

3.1.1 Unité Transversale d'Education (UTE)

Les unités transversales d'éducation (UTE) sont des structures mettant en commun des moyens humains et matériels dans le but de réaliser l'éducation thérapeutique du patient. L'UTE de Douai propose différents programmes éducatifs réunissant quatre services différents : la pneumologie, le pédiatrie, la diabétologie et la cardiologie. L'UTE au service de cardiologie offre trois programmes d'éducation thérapeutique : l'éducation des patients

insuffisants cardiaques, l'éducation des patients atteints d'hypertension artérielle et la réadaptation cardiaque et la prévention secondaire du risque cardiovasculaire. Le programme d'éducation thérapeutique des patients insuffisants cardiaques s'adresse à des patients de classe NYHA de classe II ou III motivés et aptes à recevoir des informations et être suivis. Huit patients et leur famille sont acceptés par session. Le programme débute par le diagnostic éducatif individuel puis les séances d'éducation sont étalées sur quatre mois. Elles associent des séances d'éducation à la reprise de l'activité physique et des séances collectives à thèmes. Le suivi est assuré par le dossier individuel du patient. Après le programme, les patients sont suivis régulièrement par l'équipe soignante (62).

3.1.2 Unité Thérapeutique d'Insuffisance Cardiaque (UTIC)

Les unités thérapeutiques d'insuffisance cardiaque (UTIC) sont des unités hospitalières spécialisées dans l'insuffisance cardiaque. Elles font intervenir une équipe pluridisciplinaire associant des professionnels médicaux et paramédicaux motivés et formés à l'insuffisance cardiaque. Ces unités permettent de centraliser la prise en charge grâce à l'intervention d'une équipe spécialisée dans un lieu possédant les outils diagnostiques et thérapeutiques adaptés et disponibles. L'hôpital de jour permet de recevoir les patients de façon régulière et programmée. Il permet d'organiser des programmes d'optimisation du traitement médical, de proposer des séances d'éducation individuelles et collectives et d'avoir une prise en charge concertée en incluant des infirmières, des diététiciennes, des psychologues, des personnels sociaux... Il est intéressant d'intégrer dans l'UTIC des lits d'hospitalisation classique spécialisés dans l'insuffisance cardiaque en plus de l'hôpital de jour car cela permet une prise en charge centralisée au sein de l'hôpital. En effet, cette structure mixte offre des avantages

pour les patients en diminuant l'appréhension de l'hospitalisation car elle se fait par une équipe connue par le patient et son entourage ; pour les médecins de villes en limitant le nombre d'interlocuteur ; pour le centre hospitalier en optimisant le recours à l'hospitalisation et la durée du séjour. Enfin, ces structures permettent d'inclure facilement des patients dans des essais cliniques afin de faire progresser la prise en charge de l'insuffisance cardiaque (63).

L'UTIC a été créé au centre hospitalier de Pontoise en 2002. L'évaluation initiale est multidisciplinaire et fait intervenir des infirmières spécialisées, des diététiciennes, des masseurs kinésithérapeutes et le médecin en charge de l'unité. La formation proprement dite est réalisée sous la forme de trois modules d'une demi-journée dirigés par une infirmière. Le premier module est médical, le second est kinésithérapeutique et le troisième est diététique. Les cours sont dispensés à des groupes de six à huit patients de différentes classes d'âges et dont la date de diagnostic est différentes, accompagnés d'un proche si possible. L'efficacité de la formation est évaluée sur le plan des connaissances acquises et de l'impact de la formation sur les habitudes de vie du patient ainsi que sur le plan de la morbi-mortalité. La formation et les formateurs sont également évalués par les patients (63)(64). Une étude descriptive a été réalisée sur tous les patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque à l'Hôpital René Dubos de 1997 à 2007. Les résultats de cette étude montrent une diminution significative du nombre de réhospitalisations pour insuffisance cardiaque dans l'année suivant la première hospitalisation pour insuffisance cardiaque après la création de l'UTIC. En effet, le taux de réhospitalisation pour insuffisance cardiaque diminue de 21,7% en 2002 à 15,6% en 2007 alors que ce taux ne différait pas avant la création de l'UTIC (34,3% en 1997 et 2001; $p = 0,90$). Le taux de mortalité intra-hospitalière toutes causes confondues a également diminué suite à la création de l'UTIC passant de 9,3% en 1997 à 5,1% en 2007 ($p < 0,0001$) (65).

L'unité thérapeutique de prise en charge de l'insuffisance cardiaque au Creusot a été créée en 2004. Quatre lits d'hospitalisation courte sont dédiés au sein du service de cardiologie quatre

jours par mois à l'activité de prise en charge de l'insuffisance cardiaque. Les patients pris en charge dans l'UTIC sont des patients qui ont déjà été hospitalisés au moins une fois dans le service pour décompensation aigüe et qui acceptent d'être suivis et éduqués. Le programme d'éducation est réalisé lors d'une journée d'hospitalisation puis les patients sont reconvoqués selon leurs besoins (66).

3.1.3 Réseaux

Les réseaux de soins sont nés de la volonté des professionnels de santé de s'associer afin de mieux coordonner les soins pour une prise en charge globale des patients. En effet, le vieillissement de la population ainsi que les nouveaux problèmes de santé publique qui s'y rattachent ont révélé la nécessité d'une nouvelle approche de prise en charge associant le sanitaire et le social et ne cloisonnant plus la prise en charge ambulatoire et hospitalière. Ainsi, les premiers réseaux de santé sont nés avec l'objectif la prise en charge et le maintien à domicile des personnes âgées et dépendantes. Puis, avec l'avènement du SIDA, les réseaux « ville-hôpital » se sont développés.

La loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits de malades et à la qualité du système de santé donne une définition réglementaire des réseaux de soins : « *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations* ».

Un réseau de soins est donc fondé sur la collaboration sur la base du volontariat de professionnels de santé de différentes disciplines (médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, mais aussi psychologues et travailleurs sociaux...) dans une zone géographique définie. Il s'agit donc d'une prise en charge globale centrée sur le patient. L'objectif est d'améliorer la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques comme l'asthme, le diabète, l'hypertension artérielle, les cancers, le VIH... mais aussi d'alcoolisme, de toxicomanie et de venir en aide à des populations en difficulté. Les réseaux de soins reposent sur 4 dimensions : le projet médical, la coordination des soins, la formation et l'information de professionnels et l'évaluation.

Les objectifs d'un réseau sont d'améliorer la qualité de vie des patients insuffisants cardiaques, de prévenir des décompensations aiguës, d'éviter les réhospitalisations itératives, au moyen d'une prise en charge globale multidisciplinaire coordonnée. L'éducation thérapeutique du patient est au cœur de cette prise en charge.

En France, de nombreux réseaux de santé se sont développés afin d'optimiser la prise en charge des patients insuffisants cardiaques. Le réseau Respecti-cœur, à Nantes est le premier à avoir démontré l'intérêt de la prise en charge en réseau incluant l'éducation du patient. Dans l'est parisien, le réseau de santé ville-hôpital RESICARD (RESeau Insuffisance CARDiaque) est une structure de prise en charge spécifique appliquée aux patients insuffisants cardiaques graves à la suite d'une hospitalisation. La phase protocolaire du réseau s'est achevée en juillet 2003. Elle était conçue sous la forme d'une évaluation « avant-après-ailleurs » avec une première phase de registre servant de contrôle, une phase réseau incluant une prise en charge multidisciplinaire hospitalière structurée poursuivie par une structure médicalisée de ville et une phase « ailleurs » afin de vérifier l'absence d'évolution des pratiques médicales et de l'épidémiologie de l'insuffisance cardiaque(67). Cependant, cette étude n'a montré aucun bénéfice en terme de réduction des hospitalisations et de la mortalité(68). L'expérimentation a

été poursuivie au travers de la mise en place d'une phase réseau pérenne en simplifiant le protocole d'inclusion. En Isère, un réseau de prise en charge de l'insuffisance cardiaque, le réseau RESIC38, a également été évalué. Une étude a montré que les patients pris en charge dans le réseau comparé à un groupe témoin « historique » suivi de façon classique ont un meilleur état fonctionnel, une meilleure observance des traitements et des prescriptions plus adéquates avec les recommandations (69). D'autres réseaux se sont développés en France comme le réseau EPICARD-LR à Montpellier, ICARLIM dans le limousin, ICALOR en Lorraine, ICARES à Aix en Provence, Cardiosaintonge en Charente-Maritime, l'association APETCARDIOMIP... (61)(66)

3.2 Structures et programmes d'ampleur nationale

3.2.1 Le programme I-CARE

Le programme I-CARE (Insuffisance Cardiaque : éduCation théraPeutiquE) est un vaste programme d'ampleur national réalisé sous le parrainage de la Société française de cardiologie et de la Fédération française de cardiologie et grâce à l'appui logistique et financier des laboratoires AsrtaZeneca (70). Ce programme a été mis en place avec trois objectifs : évaluer la place de l'éducation thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque en France, créer des outils pédagogiques standardisés et mettre en place une formation à l'éducation thérapeutique. Un groupe de travail multidisciplinaire a été constitué, comprenant des cardiologues, des infirmières et des diététiciens spécialisés à la fois en éducation thérapeutique et dans l'insuffisance cardiaque (70).

Dans un premier temps, le groupe de travail pluridisciplinaire a évalué la place de l'éducation thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque à l'aide d'un questionnaire adressé aux établissements de santé possédant une structure de cardiologie et de réadaptation cardiovasculaire. Il est apparu que les obstacles au développement l'éducation thérapeutique sont un manque de personnel, d'outils éducatifs, de formation du personnel et de place (70).

Dans un deuxième temps, le programme I-CARE a permis la création d'outils d'éducation standardisés répondant à la fois aux critères de formation à l'éducation thérapeutique et aux besoins de l'équipe multidisciplinaires dans le domaine de l'insuffisance cardiaque. Ces outils sont regroupés dans une mallette dont tous les éléments constitutifs figurent dans un cédérom. Les outils pédagogiques sont présentés sous la forme de cinq modules abordant chacun des aspects de l'éducation thérapeutique : le diagnostic éducatif, la connaissance de la maladie, la diététique, l'activité physique et la vie quotidienne, et le traitement. Ces outils peuvent être utilisés entièrement ou partiellement en fonction des souhaits et des besoins des équipes multidisciplinaires. Cependant, il ne sont qu'une aide au fonctionnement et ne peuvent exempter d'une formation spécifique à l'éducation thérapeutique (71).

Le programme I-CARE propose donc également une formation à l'éducation thérapeutique. Les séances de formation durent 4 jours et ont pour impératif que pour un centre donné au moins un cardiologue et une infirmière y participent. A la suite de cette formation, la mallette d'outils standardisés est remise à chaque centre (70).

En 2011, plus de 220 centres répartis en France, en Belgique et au Luxembourg ont participé au programme I-CARE (72).

Une première évaluation du programme I-CARE a porté sur les 130 premiers centres formés. Un questionnaire leur a été adressé afin d'évaluer l'influence de la formation en éducation thérapeutique sur la création de l'unité, l'organisation de l'unité, les problèmes rencontrés et

la contribution des outils éducatifs dédiés. Sur les 94 centres qui ont répondu au questionnaire (69,1%), 74 se déclaraient actifs en éducation thérapeutique et 20 non actifs. Les raisons de l'absence d'unité d'éducation sont le manque de professionnels de santé formés, de locaux, de temps et de budget. Dans les centres actifs, les activités éducatives de l'unité se composaient d'un diagnostic éducatif (89,2%), d'une éducation fournie par le biais d'ateliers collectifs (73,0%) ou de sessions individuelles (75,7%). Un programme complet d'éducation pour un patient comportait une médiane de quatre séances pour une durée totale de six heures. L'équipe éducative était multidisciplinaire et constitué principalement d'une infirmière (93,2%), d'une diététicienne (78,4%), d'un cardiologue (71,6%) et d'un kinésithérapeute (40,5%). Les centres non pas pu offrir une éducation à tous les patients en raisons de l'état général du patient et de son statut psychosocial mais aussi du fait de problèmes d'organisation. Tous les centres actifs ont utilisé les outils pédagogiques mais seulement en partie dans la plupart des cas (89,2%). Ils ont été bien perçus par les équipes même s'ils sont jugés parfois comme étant un peu compliqués. Cependant, ces outils ont été conçus pour répondre à un large éventail de besoins et être adaptés par les centres pour répondre à leurs propres besoins (73).

Le registre ODIN (Observatoire De l'INSuffisance cardiaque) a été mis en place en 2007 au afin d'évaluer les résultats de l'éducation thérapeutique sur de critères de morbi-mortalité à partir des patients pris en charge dans les centres I-CARE volontaires qu'ils soient éduqués ou non. En 3 ans de 2007 à 2010, 3248 patients ont été inclus dans le registre ODIN par 61 centres répartis sur l'ensemble de la France. 2356 patients ont bénéficié d'une éducation thérapeutique soit 70% des patients inclus (72)(74). Le profil des patients est très différent entre les patients éduqués et non éduqués. En effet, les patients du registre non éduqués sont globalement plus âgés et plus sévèrement atteints (72). Il a donc fallu réaliser un appariement portant sur de nombreuses variables afin d'obtenir deux groupes comparables de 858 patients.

Les résultats montrent une réduction significative de la mortalité entre les deux groupes ($p < 0,001$) avec une mortalité de 15,5% chez les patients éduqués vs 23% chez les non éduqués (72). On observe également une différence significative du taux de survie à un et deux ans en faveur du groupe éduqué (90,5 vs 85,1 à un an, 81,0 vs 75,3 à deux ans)(74). Enfin, une analyse multi-variée entre les deux groupes (modèle COX) démontre que l'éducation influe davantage sur ces résultats que toute autre différence de traitement(74).

3.2.2 Programme d'ETP de la MSA

La mutualité sociale agricole (MSA) a développé un programme d'éducation thérapeutique du patient atteint de maladies cardiovasculaires. Une expérimentation d'ETP en partenariat avec le laboratoire de pédagogie de la santé a été menée dans neuf régions en 2004 auprès d'assurés suivis en ALD pour insuffisance cardiaque ou maladie coronaire en collaboration avec les professionnels de santé. Les résultats de cette expérience se sont montrés encourageants en terme d'acquisition de connaissances et de changement de comportement (75). Ce programme est désormais étendu sur tout le territoire pour tous les ressortissants agricoles volontaires atteints d'une affection cardio-vasculaire identifiée au cours de leur inscription en ALD pour insuffisance cardiaque, maladie coronaire et hypertension artérielle. Le recrutement des patients est effectué par contact avec le médecin conseil de la MSA lors de la mise en ALD ou directement par le médecin traitant. Le diagnostic éducatif est effectué par le médecin traitant puis est transmis à l'équipe qui réalisera la formation. Le patient bénéficie à proximité de son domicile de trois séances d'éducation collective de 3h où six thèmes sont abordés :

- Définition de l'ETP, travail sur représentations (ressenti et vécu de la maladie), sur vocabulaire commun
- Facteurs de risque / engagements
- Nutrition
- Activité physique
- Autosurveillance, signes d'alerte
- Connaissance du traitement

Ces séances sont animées par des professionnels de santé (médecins, infirmières) formés à l'éducation thérapeutique par IPCEM (Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicales) et conventionnés avec la MSA. Lors de ces séances, les patients reçoivent différents supports pratiques (set de table, semainier) qui pourront servir d'appui au médecin généraliste pour poursuivre l'accompagnement. La synthèse de la formation est ensuite transmise au médecin traitant. Le programme national d'éducation thérapeutique du patient atteint de maladie cardiovasculaire de la MSA a été intégré dans le plan gouvernemental 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. En 2009, 75 professionnels de santé ont été formés par l'IPCCEM (soit plus de 315 depuis 2005), 165 cycles de 3 séances d'ETP ont été organisés et près de 1300 patients ont suivi le programme (76).

4 Le réseau Respecti-cœur« RESeau de Prise En Charge et Traitement de l'Insuffisance Cardiaque »

4.1 Présentation du réseau

Le réseau Respecti-cœur est une association loi 1901, à but non lucratif. Ce réseau a été créé le 1^{er} février 2004 à la suite des résultats encourageants d'une étude de faisabilité. En effet, cette étude a montré qu'une prise en charge en réseau, après un suivi d'un an, permet une diminution du nombre de réhospitalisation pour insuffisance cardiaque, une diminution de la durée des réhospitalisation pour insuffisance cardiaque, une amélioration la qualité de vie et une optimisation du traitement médical (77).

Le principal objectif du réseau est l'amélioration de la qualité de vie du patient insuffisant cardiaque dans son milieu de vie grâce à l'éducation thérapeutique et la coordination des acteurs de soins.

4.1.1 L'équipe multidisciplinaire

L'équipe de coordination de Respecti-cœur est composée de 4 infirmières, 2 diététiciennes, 2 cardiologues, 1 kinésithérapeute, 1 psychologue et 1 secrétaire. Chacun des membres de l'équipe est formé à l'éducation thérapeutique et à la prise en charge des patients insuffisants cardiaques. Ils ne se substituent en aucun cas au médecin généraliste ni au cardiologue du patient qui gardent leur rôle de prescripteur.

4.1.2 Les patients adhérents

Le réseau s'adresse aux patients insuffisants cardiaques de l'agglomération nantaise dans un rayon de 40 Km quel que soit leur âge et le stade de leur maladie. Au 1^{er} octobre 2009 le réseau comptait 811 patients adhérents au réseau avec un âge moyen de 72 ans, 324 patients décédés depuis 2004, 57 patients sortis du réseau et 430 patients en « file active ». Une majorité des patients provient du CHU à la suite d'une hospitalisation consécutive à une décompensation de leur insuffisance cardiaque mais ils peuvent également être adressés directement par leur cardiologue ou leur médecin généraliste.

4.1.3 Les professionnels de santé adhérents

L'équipe pluriprofessionnelle de Respecti-cœur agit en collaboration avec des professionnels de santé de ville adhérents au réseau comprenant des médecins généralistes, des cardiologues et des infirmières. Au 1^{er} octobre 2009, le réseau comptait 449 médecins généralistes, 49 cardiologues libéraux et hospitaliers et 210 infirmières. Régulièrement des formations sont proposées aux adhérents du réseau afin d'actualiser leurs connaissances sur l'insuffisance cardiaque et réaffirmer l'intérêt du fonctionnement en réseau. Le réseau Respecti-cœur agit aussi en partenariat avec d'autres réseaux de soins comme le service de soins infirmier à domicile (SSIAD), la Mutualité Retraite, l'hôpital à domicile (HAD), les réseaux Respavie et Résodiab44.

4.2 Le parcours du patient

4.2.1 Adhésion au réseau

L'adhésion du patient au réseau est libre et gratuite. Elle est proposée au patient par son médecin généraliste ou son cardiologue ou lors d'une hospitalisation. Il n'y a pas de critères d'exclusion en dehors du refus du patient ou de ses médecins. L'âge et les comorbidités ne sont pas des critères d'exclusion. Après la proposition d'adhésion, le patient reçoit sur son lieu d'hospitalisation ou à son domicile la visite de l'infirmière coordinatrice afin de l'informer sur le fonctionnement du réseau. L'inclusion du patient ne sera effective qu'après avoir obtenu son consentement éclairé et la signature de l'adhésion au réseau du médecin généraliste et du cardiologue dans un souci de coordination des soins autour du patient. L'adhésion validée, le diagnostic éducatif est programmé au domicile du patient et le classeur de suivi lui est remis.

Le classeur patient est détaillé en annexe (Annexe 3). Il est divisé en plusieurs parties. La première partie comprend des informations personnelles sur le patient ainsi que le nom et les coordonnées des personnes intervenants dans sa prise en charge (médecin traitant, cardiologue, pharmacien, personne de confiance ...). La seconde partie est consacrée à l'insuffisance cardiaque ; y sont rappelés les principaux facteurs de décompensation et les outils d'éducation sur l'insuffisance cardiaque. La troisième partie est dédiée à la surveillance régulière des symptômes et en particulier la surveillance du poids. La quatrième partie comprend le dossier médical du patient avec notamment des fiches de consultation à remplir par le médecin traitant ou le cardiologue. Les parties suivantes regroupent des fiches de conseils et de suivi diététique et une synthèse des activités physiques pratiquées et envisagées

**Programme d'éducation thérapeutique et de coordination des soins
créé en février 2004**

RÉSEAU RESPECTI-CŒUR

PARCOURS DU PATIENT

Éducation initiale **Suivi**

Domicile
Patient +/- entourage
IDE

Institution
Patient +/- entourage
IDE

1^{ère} séance

Domicile
Patient +/- entourage
IDE + diét

**Réseau Clinique
Réadaptation
Maison de retraite**
4 à 5 séances
6 à 8 patients
IDE + Médecin ou diét ou psycho

Domicile
Appels réguliers
Permanence téléphonique

Domicile Réseau
Patient +/- entourage
IDE + diét
Bilan/an

4.2.2 L'éducation thérapeutique

Le diagnostic éducatif est effectué par l'infirmière coordinatrice au domicile du patient ou au cours de l'hospitalisation. Il s'agit de la première étape indispensable à toute démarche

éducative. L'entretien individuel dure environ 30 à 45 minutes et permet de mieux connaître le patient dans sa globalité à travers ses différentes dimensions (biomédicale, socioprofessionnelle, cognitive, psychoaffective et son projet de vie). La grille d'entretien utilisée par l'infirmière lors du diagnostic éducatif est présentée en annexe (Annexe 4). Un bilan alimentaire initial est également effectué par une diététicienne spécialisée.

4.2.2.2 Le contrat éducatif

Au terme du diagnostic éducatif, les objectifs éducatifs sont élaborés avec le patient. Il s'agit de négocier des objectifs communs entre le patient et l'équipe éducative de Respecti-cœur afin de construire son parcours au sein du réseau. Ces objectifs sont rédigés dans un contrat éducatif cosigné dans un courrier adressé au patient, au médecin et aux infirmières à domicile. Parmi les objectifs de ce contrat, des objectifs de sécurité sont systématiquement abordés avec tous les patients. Les autres objectifs sont spécifiques à chaque patient et sont négociés avec lui. Un référentiel d'éducation a été rédigé par l'équipe de Respecti-cœur où est énuméré l'ensemble des compétences pouvant être attendues par les patients au terme du programme d'éducation thérapeutique (tableau I). Cependant, toutes ces compétences ne seront par acquises par chaque patient ; un choix est effectué en fonction des ses attentes et de ses besoins.

Pour atteindre les objectifs éducatifs établis dans le contrat d'éducation, un programme d'éducation est proposé au patient. Il comprend des séances d'éducation collectives et/ou individuelles ainsi qu'un accompagnement téléphonique régulier.

Tableau VIII : Référentiel d'éducation des insuffisants cardiaques ou objectifs thérapeutiques (Respecti-cœur)

1- Compétences concernant les connaissances de l'IC et son autosurveillance Connaissances - Nommer sa maladie - Décrire les manifestations de l'IC - Citer la ou les causes de son IC - Décrire le fonctionnement du cœur sain et malade Gestes - Se peser régulièrement et noter son poids - Surveiller la présence ou non d'œdèmes aux chevilles - Reconnaître un essoufflement croissant selon un indicateur préétabli - Evaluer sa fatigue - Noter les évènements nouveaux Attitudes - Savoir appeler les personnes référentes en cas d'aggravation ou d'interrogation
2- Compétences diététiques Connaissances - Repérer les aliments contenant du sel - Citer la quantité de sel conseillée sur la journée - Citer les équivalences de base en sel Gestes - Faire la cuisine sans ajout de sel - Calculer ses apports quotidiens - Choisir les aliments salés à consommer - Utiliser les aromates - Accommoder ses modes de cuisson Attitudes - Adapter la quantité de sel sur la journée en cas de repas festif - Moduler la posologie du diurétique en accord avec le médecin - Veiller à des apports énergétiques suffisants

3- Compétences concernât les activités physiques et de loisirs

Connaissances

- Nommer les efforts déconseillés
- Citer les situations à risque (conditions climatiques et situations à rythme imposé)
- Repérer ses propres limites dans l'effort

Gestes

- S'aménager des temps de repos
- Pratiquer une activité physique adaptée

Attitudes

- Adapter l'effort aux conditions extérieures
- Adapter ou maintenir ses loisirs et activités
- Envisager, avec le médecin, les déplacements et les voyages
- Envisager une réorientation professionnelle, si nécessaire

4- Compétences concernant le traitement médicamenteux

Connaissances

- Citer ses médicaments
- Donner la posologie, le moment de la prise
- Décrire les effets indésirables
- Décrire le plan thérapeutique

Gestes

- Prendre son traitement régulièrement
- Prévoir les modalités de prise
- Surveiller les effets secondaires
- Assurer la surveillance clinique et biologique

Attitudes

- Prévoir les renouvellements d'ordonnances
- Faire appel en cas d'oubli, d'arrêt, d'effets indésirables
- Adapter la posologie des diurétiques (selon prescription)

4.2.2.3 Education initiale

4.2.2.3.1 Education individuelle personnalisée à domicile

L'éducation initiale commence d'abord par deux séances d'éducation individuelle personnalisée d'une heure environ, réalisées par l'infirmière coordinatrice et la diététicienne au domicile du patient. Lors de ces séances, les modalités d'utilisation du classeur de suivi sont expliquées au patient. Ce classeur sert aussi d'outil d'éducation (Annexe 3). Dans un premier temps, l'infirmière insiste sur les objectifs de sécurité : savoir repérer les signes de décompensation grâce notamment à une autosurveillance régulière du poids, des œdèmes et de la dyspnée ; et savoir faire face devant des signes d'aggravation. La diététicienne met l'accent sur le régime hyposodé. Il s'agit de rappeler au patient l'importance de suivre ce régime et comment l'intégrer dans son alimentation. Pour cela, les aliments les plus salés sont détaillés et des conseils pratiques sont donnés afin de limiter les ajouts de sel. Lors de cette séance la présence de la personne qui prépare les repas est nécessaire. A la suite de ces séances, un compte rendu est adressé au médecin généraliste par courrier ainsi que les objectifs fixés avec le patient qui seront évalués par la suite.

4.2.2.3.2 Education collective

Des séances d'éducation collective sont régulièrement organisées auxquelles sont conviés les patients et leur entourage. Afin de faciliter l'accès à ces séances, celles-ci sont délocalisées à l'hôpital Laennec, aux nouvelles cliniques nantaises, dans des maisons de retraites et des centres de rééducation. Ces séances se déroulent sous la forme de cycle de 4 à 5 séances

proposées à des groupes d'environ 8 patients et à leur entourage. Ces séances sont animées par les différents intervenants du réseau : infirmière, cardiologue diététicienne, kinésithérapeute, psychologue, le plus souvent en co-animation pluriprofessionnelle. Chaque cycle commence par une première séance de diagnostic éducatif collectif suivi de différentes séances sur les symptômes, le traitement, la diététique, les activités physiques et la gestion du stress. Toutes ces séances ne sont pas abordées lors de chaque cycle de séances mais en fonction des attentes et des besoins des patients, à l'exception de la séance sur les symptômes, obligatoire. L'intérêt de ces séances est de favoriser les échanges entre les patients. Les compétences sont validées par le groupe et reformulées, ce qui renforce les acquisitions. En pratique, seulement 20% des patients assistent aux séances d'éducation collective.

Des séances d'éducation thérapeutique complémentaires peuvent être proposées aux patients selon leurs besoins et leurs attentes. Ces séances sont sur des thèmes bien précis comme le déchiffrage des étiquettes des produits alimentaires, des ateliers de cuisine, la lecture des examens biologiques, comment voyager avec une insuffisance cardiaque, une visite du centre 15, les défibrillateurs et pacemakers. Des séances de discussion sont également organisées pour les aidants.

4.2.2.4 Suivi éducatif et évaluation

Après, la première phase d'éducation initiale, une seconde phase de suivi est indispensable pour évaluer les connaissances du patient et si besoin les réajuster ou d'organiser des séances de reprises éducatives.

Un suivi régulier de chaque patient est assuré par des entretiens téléphoniques mensuels par l'infirmière référente en charge de son dossier. Il permet d'évaluer les connaissances du

patient sur les éléments de surveillance : poids, souffle, fatigue et de surveiller l'état de santé du patient et de dépister des situations à risque pouvant entraîner des décompensations. Le classeur du patient est un élément de référence du suivi du patient. Il permet également de renforcer les messages éducatifs, notamment sur l'adhésion au traitement médicamenteux et aux règles hygiéno-diététiques ainsi que la coordination des soins. Enfin, il s'agit d'une occasion pour le patient et son entourage de faire part de ses difficultés et de leur apporter un soutien psychologique.

De plus, Une permanence téléphonique est assurée par une infirmière formée à l'éducation thérapeutique et à la prise en charge des patients insuffisants cardiaques, au siège du réseau de 9h à 18h du lundi au vendredi. Cette permanence est destinée au patient et à son entourage mais aussi aux professionnels de santé adhérents au réseau en charge des patients. Elle a un rôle éducatif, d'accompagnement et de coordination.

Enfin, un bilan est réalisé chaque année par l'infirmière référente et une diététicienne. Cet entretien dure environ une heure. Il comprend une actualisation du diagnostic éducatif et un nouveau bilan alimentaire. Les bénéfices de l'éducation sont évalués et de nouveaux objectifs éducatifs sont définis en fonction des projets du patient.

4.3 Evaluation de l'efficacité du réseau

4.3.1 Évaluation économique en lien avec la CPAM

Une évaluation économique du réseau a été effectuée par l'Assurance Maladie en 2006. Les objectifs de l'étude étaient de comparer le coût de prise en charge des patients avant et après

leur adhésion au réseau Respecti-cœur, de réaliser une étude globale et de réaliser une fiche de consommation par assuré. Les résultats montrent une économie générée par les 57 assurés sur 290 jours d'observation de 361503 €. Cette économie est due essentiellement à la diminution des coûts liés à l'hospitalisation. En effet, le nombre total d'hospitalisations, le nombre de jours d'hospitalisation par assuré et le taux de patients hospitalisés ont été diminués après adhésion au réseau. L'économie moyenne par assuré est de 6342 € sur 290 jours, ce qui fait une économie moyenne de 7942 € par an et par assuré. Au moment de cette étude, la file active du réseaux étaient de 237 patients. On peut donc estimer l'économie réalisée par le réseau à 1891774 €.

4.3.2 Evaluation du réseau dans la vie réelle (thèse du Dr Gillet)

Le Dr Mathieu Gillet a effectué un travail d'évaluation de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque au sein du réseau Respecti-cœur dans sa thèse d'exercice pour le diplôme de docteur en médecine. Son étude a porté sur 152 patients ayant adhéré au réseau au cours de sa première année de fonctionnement (entre le 1^{er} Février 2004 et le 31 Janvier 2005). Cette analyse a d'abord permis de montrer que les patients adhérant au réseau Respecti-cœur constituent un échantillon représentatif de la population générale des insuffisants cardiaques du fait de l'absence de critères d'inclusion. Les résultats de cette étude ont montré une diminution du nombre et de la durée des réhospitalisations à un an, que se soit pour toute cause ou pour décompensation cardiaque, confirmant ainsi les résultats de l'étude de faisabilité. Une analyse du sous-groupe des patients âgés de plus de 65 ans, comparés au groupe contrôle de l'étude de faisabilité, a retrouvé une diminution significative du nombre et de la durée des réhospitalisations pour insuffisance cardiaque ainsi que de la durée des

réhospitalisations pour toutes causes. De plus, la mortalité toutes causes et par insuffisance cardiaque est diminuée dans ce sous-groupe. Cependant, ces résultats sont à nuancer en raison d'une prescription plus importante de bêtabloquants dans le sous groupe de patients, ce qui a pu majorer artificiellement les résultats (78).

En conclusion, l'éducation thérapeutique en France est en pleine expansion, notamment dans le cadre des réseaux de soins. Les réseaux permettent un rapprochement ville – hôpital et donc une meilleure coordination des soins. Le réseau de soins Respecti-cœur est pionnier dans le développement de l'éducation thérapeutique du patient insuffisant cardiaque. J'ai pu, lors de la préparation de cette thèse, observer quelques séances d'éducation thérapeutique au sein du réseau Respecti-cœur. Cette expérience m'a permis de mieux comprendre le fonctionnement d'un réseau de soins ainsi que la démarche éducative de l'ETP. J'ai assisté à une séance d'éducation thérapeutique sur les traitements de l'insuffisance cardiaque. Cette séance a pour objectif que le patient connaisse l'intérêt de ses médicaments dans sa maladie et leurs effets indésirables et qu'il puisse organiser la prise de ses médicaments afin de limiter les effets indésirables et améliorer son adhésion. Une fiche de synthèse sous forme de fiche est également remise au patient (Annexe 5). Les termes employés sont simples et faciles à comprendre par le patient. Le réseau Respecti-cœur n'intègre pas de pharmacien. Il serait toutefois possible d'envisager qu'un pharmacien formé puisse animer cette séance d'éducation sur les traitements en collaboration avec l'infirmière et le cardiologue.

5 Exemples d'implication du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient insuffisant cardiaque

5.1 A l'étranger

Différentes études ont été conduites afin d'évaluer l'impact de l'intervention du pharmacien dans la prise en charge du patient insuffisant cardiaque. Ces programmes sont très hétérogènes. Certains programmes consistent en des visites du pharmacien au domicile du patient, seul (79)(80) ou en collaboration avec une infirmière (81)(82). D'autres se déroulent en ambulatoire lors de consultations externes (83)(84)(85)(86)(87), à l'hôpital (88)(89)(90), ou à la pharmacie (91). L'intervention du pharmacien est intégrée à une prise en charge pluridisciplinaire du patient (81)(82)(87)(89)(90) ou réalisée par le pharmacien seul lors de soins pharmaceutiques (79)(83)(84)(85)(86)(88)(91). L'éducation thérapeutique du patient insuffisant cardiaque est au cœur de ces interventions. Elle est parfois associée à un support écrit ou vidéo (84)(85)(89). Dans certaines interventions, le pharmacien encourage le patient à réaliser une autosurveillance des signes et des symptômes de l'insuffisance cardiaque, notamment en surveillant son poids régulièrement (79)(83)(84)(85)(90) et à se conformer aux traitements prescrits (83). Le rôle du pharmacien dans ces études est également d'évaluer l'observance du patient (81)(86)(91) et de chercher, en collaboration avec le patient, des moyens de l'améliorer, par exemple en élaborant un plan de prise des médicaments, en lui conseillant l'utilisation d'un pilulier ... (81)(84). Dans d'autres interventions, le pharmacien collabore avec le médecin du patient afin d'optimiser la prise en charge thérapeutique et simplifier les schémas posologiques (83)(85)(87)(90). Enfin, suite à l'éducation du patient, certains programmes comportent également un suivi téléphonique qui comprend la possibilité

pour lui de pouvoir téléphoner au pharmacien s'il a des questions sur son traitement ou sur sa maladie ainsi que son suivi par des appels téléphoniques réguliers (84)(87)(88)(90) ; d'autres orientent le patient vers leur pharmacien en ambulatoire si nécessaire (81).

La méta-analyse de Koshman et al. évalue le rôle du pharmacien dans l'accompagnement des patients insuffisants cardiaques. Elle inclut des études qui comparent des groupes de patients insuffisants cardiaques de grade NYHA II ou III avec une intervention ou non d'un pharmacien. Ces interventions sont réalisées par un pharmacien seul ou en collaboration au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Les résultats démontrent que les soins pharmaceutiques réduisent de manière significative le taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque et pour toute cause mais avec une hétérogénéité des études. La réduction de la mortalité est non significative(92). Il semble cependant que l'intervention du pharmacien soit plus efficace si elle est intégrée dans une prise en charge pluridisciplinaire. En effet dans la méta-analyse de Koshman et al. , la diminution du nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque est plus importante lorsque les soins pharmaceutiques sont intégrés dans un programme de prise en charge pluridisciplinaire (92). De plus, l'intervention du pharmacien seul apparaît parfois comme peu efficace pour diminuer la mortalité et les réhospitalisations (79)(80)(91)(84). L'intégration d'un pharmacien clinicien dans une équipe multidisciplinaire de prise en charge de l'insuffisance cardiaque permet de diminuer la mortalité (81)(87) et les hospitalisations (81)(87)(90) notamment grâce à un meilleur suivi des patients permettant une détection précoce des signes de décompensation et une augmentation de la dose d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion (87). L'effet additif des interventions de différents professionnels de santé au sein d'une équipe pluridisciplinaire est donc plus efficace que s'ils agissent seuls. En effet, la prise en charge du patient insuffisant cardiaque nécessite une approche globale qui ne prend pas en compte le seul traitement pharmacologique (80).

Des études ont également démontré que l'intervention du pharmacien permet d'améliorer l'observance des patients insuffisants cardiaques(83)(85)(86)(91) ainsi que la connaissance du traitement par le patient (83)(85)(89). Cependant, les effets bénéfiques de cette intervention sur l'observance s'estompent avec le temps, d'où l'intérêt d'une intervention continue (86). Certaines études ont évalué l'impact de l'intervention du pharmacien sur la qualité de vie des patients (79)(80)(83)(85)(86)(88)(89)(91) mais peu d'études ont montré une amélioration de la qualité de vie (85)(89). L'impact économique a également été évalué dans certaines études, montrant une diminution du coût de soins principalement due à une diminution des coûts liés à l'hospitalisation (84)(85)(86)(88). Enfin, l'étude de Sadik et al. montre une amélioration significative de nombreux paramètres dans le groupe intervention par rapport au groupe témoin comme la capacité d'effort, la fonction pulmonaire, la tension artérielle, le pouls, la qualité de vie, les symptômes d'insuffisance cardiaque, la connaissance et l'observance des médicaments prescrits et des conseils hygiéno-diététiques (85).

5.2 En France

Comme nous l'avons vu précédemment, l'éducation thérapeutique du patient insuffisant cardiaque en France est en expansion. Il n'existe encore que peu de structures d'éducation thérapeutique intégrant des pharmaciens. J'ai recensé lors de mes recherches différentes structure d'éducation thérapeutique du patient où le pharmacien à toute sa place dans la prise en charge coordonnée du patient.

En Isère, RESIC 38 est un réseau ville-hopital qui coordonne l'activité des professionnels de santé dans le but d'améliorer la prise en charge des patients insuffisants cardiaques. Depuis

début 2006, les pharmaciens d'officine peuvent intégrer l'équipe pluridisciplinaire du réseau. En effet, ils peuvent contribuer à l'amélioration de l'observance, à l'optimisation thérapeutique et à la réduction de la iatrogénie. Les pharmaciens adhérents au réseau sont invités à participer à des formations et des réunions multidisciplinaires sur l'insuffisance cardiaque et l'éducation thérapeutique du patient afin d'améliorer leur prise en charge du patient insuffisant cardiaque. Ils peuvent également, après avoir reçu une formation, animer des séances d'éducation thérapeutique individuelle. En effet, lors de son inclusion au réseau, le patient donne le nom de son pharmacien habituel. S'il appartient au réseau RESIC 38, il est contacté par le coordinateur du réseau et après concertation médicale, le pharmacien propose à son patient une séance d'éducation à l'officine ou à son domicile. Puis, environ 3 séances d'éducation par an sont proposées au patient selon ses besoins. Si le pharmacien habituel du patient n'appartient pas au réseau, un pharmacien spécialisé dans l'éducation thérapeutique du patient et attaché au réseau prend en charge le patient à domicile. Ces séances durent environ 45 minutes et sont rémunérées 35 €. Chaque séance doit être suivie de la rédaction d'un compte-rendu envoyé au coordinateur puis transmis au médecin généraliste et au cardiologue. Malheureusement, peu de séances d'éducation thérapeutique sont animées par le pharmacien habituel du patient car il n'y a pas toujours de correspondance entre les patients et les pharmaciens adhérant au réseau. Des séances d'éducation thérapeutique collectives sur les médicaments, animées par le pharmacien attaché au réseau, sont également proposées au patient. La grille d'entretien du pharmacien lors du diagnostic éducatif au sein du réseau RESIC 38 est présentée en annexe (Annexe 6). (93)(94)

Tableau IX : Place et rôle du patient au sein du réseau RESIC 38(93)

- Il donne son accord pour prendre en charge le patient, après avoir pris connaissance de la charte et signé l'adhésion réseau. - Il exerce son propre rôle (validation d'ordonnance et délivrance du médicament). - Il utilise le dossier de soins partagé et propose au patient d'assister aux séances d'éducatons individuelles et/ou collectives. - Il participe à la démarche éducative : - o Il accompagne le patient dans la gestion au quotidien de son traitement pharmacologique : organisation pratique de la prise de médicaments,...afin d'améliorer l'observance - o Il sensibilise le patient aux risques de l'automédication. - Il pourra s'il le souhaite, après avoir bénéficié d'une formation adéquate, assurer l'animation de séances d'éducation collectives ou individuelles destinées au patient du réseau. - Il participe, s'il le souhaite, aux formations continues organisées par le réseau sur la prise en charge et l'éducation du patient insuffisant cardiaque.
--

Un pharmacien libéral est également membre du réseau ICARLIM à Limoges. Il anime en duo avec le médecin coordinateur du réseau un atelier sur les médicaments. Cet atelier s'adresse à de petits groupes de patients et à quelques accompagnants. Au début de la séance, les patients remplissent un pré-test sur leurs connaissances sur leur traitement de l'insuffisance cardiaque. Le cardiologue explique la maladie et donc le « pourquoi » des médicaments, et le pharmacien enchaîne sur les médicaments et sur les moyens d'améliorer les conditions de vie du patient. Lors de son intervention, le pharmacien explique le traitement de l'insuffisance cardiaque : à quoi il sert, quand est ce qu'il doit être pris, quels sont les effets indésirables, que doit surveiller le patient. Puis il insiste sur l'importance de ne pas faire d'automédication et d'ouvrir un dossier pharmaceutique. En fin de séance, les patients reçoivent un livret qui résume la séance.

Le réseau CARDIAUVERGNE est un groupement de coopération sanitaire (GCS) dont les missions sont de favoriser une meilleure coordination des soins entre les différents professionnels de santé libéraux et hospitaliers afin d'améliorer le suivi des patients, d'appliquer les recommandations de prise en charge validées par le comité scientifique de CARDIAUVERGNE, de mettre en œuvre l'éducation thérapeutique des patients atteints d'Insuffisance Cardiaque et de leurs aidants. Le pharmacien a toute sa place dans cette structure (tableau X). Lors de l'inclusion du patient dans le réseau, il est averti par la cellule de coordination. Son rôle est alors de s'assurer que le patient possède un Dossier Pharmaceutique, d'établir pour le patient, un tableau de posologies récapitulant l'ensemble de ses prescriptions, d'effectuer un historique médicamenteux du dernier mois de traitement (ordonnance et automédication) et transmettre ce récapitulatif aux différents professionnels de santé intervenant auprès du patient. Lors du suivi du patient, le pharmacien a un entretien avec le patient une fois par mois (à chaque délivrance médicamenteuse) pour vérifier : l'adhésion au traitement, les effets indésirables, la compréhension de la maladie. Ces informations sont transmises à la cellule de coordination. Le pharmacien peut également, après avoir suivi une formation spécifique, animer des séances d'éducation thérapeutique collective sur les médicaments en collaboration avec un professionnel appartenant à la coordination du réseau(95).

Tableau X : Place et rôle du pharmacien au sein de réseau CARDIAUVERGNE(95)

- Il donne son accord pour prendre en charge le patient (après avoir pris connaissance de la charte) et signe l'adhésion au réseau.
- Il valide l'ordonnance et délivre les médicaments, il renouvelle éventuellement la prescription et peut adapter une posologie (après accord du Médecin Généraliste).
- Il renseigne sur le dossier médical informatisé les modifications des prescriptions médicamenteuses et les télétransmet.
- Il participe à la démarche éducative :
 - o Il accompagne le patient dans la gestion au quotidien de son traitement pharmacologique : organisation pratique de la prise de médicaments afin d'améliorer l'observance.
 - o Il sensibilise le patient aux risques de l'automédication.
 - o Il apprécie régulièrement le niveau d'autonomie du patient dans sa prise en charge et forme son entourage.
- Il établit des liens entre les différents intervenants du réseau : médecins, infirmières, diététiciennes, kinésithérapeutes, auxiliaires de vie, assistantes sociales, psychologues.
- Il utilise le dossier de soins partagé et il propose au patient d'assister aux séances d'éducation collectives.
- Il pourra s'il le souhaite, après avoir bénéficié d'une formation adéquate et obtenu l'agrément par l'ARS, assurer l'animation de séances d'éducation collectives ou individuelles destinées aux patients du réseau.
- Il participe, s'il le souhaite, aux formations continues organisées par le réseau sur la prise en charge et l'éducation du patient insuffisant cardiaque

Conclusion

L'éducation thérapeutique du patient est devenue incontournable dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques. En effet, au delà de la prescription d'un traitement médicamenteux optimisé, l'insuffisance cardiaque nécessite une participation active du patient à son traitement et l'acquisition de nouveaux comportements. De nombreuses structures de prise en charge pluridisciplinaire de l'insuffisance cardiaque incluant une éducation se sont développées en France et à l'étranger. L'impact de ces structures en termes de réduction de la mortalité et d'amélioration de la qualité de vie a largement été démontré dans différentes études. Il n'existe cependant que peu de structures intégrant un pharmacien dans l'équipe pluridisciplinaire malgré l'efficacité démontrée d'une intervention pharmaceutique.

Le pharmacien en tant que spécialiste du médicament a légitimement un rôle à jouer dans l'acquisition des compétences d'auto-soins qui concernent le traitement médicamenteux. Pour pouvoir adhérer à son traitement, le patient doit pouvoir citer ses médicaments, connaître l'intérêt de ses médicaments dans sa maladie et leurs effets indésirables. Le rôle du pharmacien dans la démarche éducative peut être d'expliquer au patient son traitement, d'accompagner le patient dans la gestion quotidienne de son traitement en organisant avec lui un plan de prise et de sensibiliser le patient au risque de l'automédication.

Ces interventions du pharmacien ne seront efficaces que si elles s'inscrivent dans une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire coordonnée autour du patient. De plus, le pharmacien doit se former à l'ETP afin d'acquérir les compétences requises à la pratique de l'ETP. Le pharmacien doit en particulier acquérir des compétences relationnelles et

pédagogiques afin d'acquérir des techniques de communication centrées sur le patient telles l'écoute active et l'empathie. Les pharmaciens pensent en effet participer à l'ETP lors de la dispensation des médicaments alors qu'ils ne font qu'informer ou conseiller.

L'ETP décrite à travers les différents textes de loi apparaît plutôt comme une mission extérieure à l'officine à laquelle le pharmacien pourra participer notamment dans le cadre des réseaux de soins. Les séances d'éducation thérapeutique animées par le pharmacien se dérouleront essentiellement en dehors de l'officine. Cependant, le pharmacien peut organiser des séances d'éducation thérapeutique à l'officine sous réserve qu'elle soit dotée d'un espace de confidentialité et que ces sessions s'intègrent dans un programme approuvé par les ARS. Enfin, tous les pharmaciens n'ont pas vocation à concevoir et animer des programmes d'éducation thérapeutique du patient mais ils peuvent inciter leurs patients chroniques à y participer.

Pour conclure, à l'heure où le monopole du pharmacien est menacé et où ses compétences sont mises en doute, l'ETP pourrait devenir un moyen de démontrer que le pharmacien n'est pas simplement un dispensateur de médicaments mais un professionnel de santé indispensable dans la prise en charge des patients.

Annexes

Annexe1 : Compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique

Compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique	Domaine de compétence
Identifier les besoins, notamment d'apprentissage, du patient, y compris les attentes non verbalisées	
Identifier les besoins objectifs et subjectifs des patients	Compétences pédagogiques et d'animation Compétences méthodologiques et organisationnelles
Adapter son comportement et sa pratique professionnelle au patient et à son entourage	
Adapter son comportement professionnel aux patients et à leur affection (chronique/ aiguë)	Compétences relationnelles
Adapter son comportement professionnel aux patients, à leurs familles et à leur proches	Compétences relationnelles
Adapter en permanence ses rôle et actions avec le rôle et les actions des équipes de soins et d'éducation avec lesquelles il travaille	Compétences méthodologiques et organisationnelles
Communiquer et développer des relations avec le patient afin de le soutenir dans l'expression des ses besoins de santé	
Communiquer de manière empathique avec les patients	Compétences relationnelles Compétences pédagogiques et d'animation
Prendre en considération l'état émotionnel des patients, leur vécu, et leurs représentations de la maladie et de son traitement	Compétences relationnelles Compétences pédagogiques et d'animation
Acquérir et développer une posture éducative, notamment pour négocier des objectifs éducatifs partagés avec le patient	
Aider les patients à apprendre	Compétences pédagogiques et d'animation
Apprendre aux patients à gérer leur traitement	Compétences biomédicales et de soins
Apprendre aux patients à utiliser les ressources sanitaires, sociales et économiques disponibles	Compétences pédagogiques et d'animation
Aider les patients à gérer leur mode de vie	Compétences pédagogiques et d'animation Compétences méthodologiques et organisationnelles
Tenir compte, dans l'éducation thérapeutique du patient, des dimensions pédagogiques, psychologiques et sociales de la prise en charge à long terme	Compétences relationnelles Compétences méthodologiques et organisationnelles

Utiliser les outils pédagogiques adaptés et gérer l'information et les documents nécessaires au suivi de la maladie	
Choisir des outils adaptés à chaque patient	Compétences pédagogiques et d'animation Compétences méthodologiques et organisationnelles
Utiliser ces outils et les intégrer dans la prise en charge des patients et dans leur propre processus d'apprentissage	Compétences pédagogiques et d'animation Compétences méthodologiques et organisationnelles
Evaluer la démarche éducative et ses effets, et apporter en conséquences et en ajustements	
Evaluer l'éducation du patient et ses effets thérapeutiques, (cliniques, biologiques, psychologiques, pédagogiques, sociaux, économiques) et apporter les ajustements indiqués	Compétences pédagogiques et d'animation Compétences biomédicales et de soins
Evaluer et améliorer de façon périodique la performance pédagogique des soignants	Compétences méthodologiques et organisationnelles
Adapter la démarche éducative aux situations interférant dans la gestion normale de la maladie	
Eduquer et conseiller les patients quant à la gestion des crises et aux facteurs qui interfèrent avec la gestion normale de leur maladie	Compétences biomédicales et de soins

Source : Annexe de l'Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique

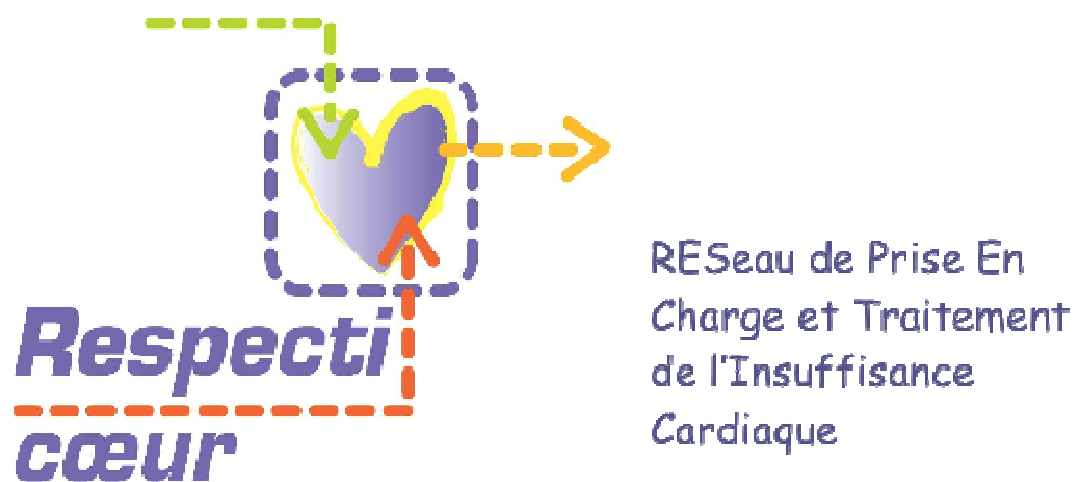
Annexe2 : Posologie de principaux médicaments utilisés dans l'insuffisance cardiaque

	Dose de départ	Dose usuelle		
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion				
Captopril	6,25 mg X 3/j	50 – 100 mg X 3/j		
Enalapril	2,5 mg X 2/j	10 – 20 mg X 2/j		
Lisinopril	2,5 – 5 mg /j	20 – 35 mg /j		
Ramipril	2,25 mg /j	5 mg X 2/j		
Trandolapril	0,5 mg /j	4 mg /j		
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II				
Candésartan	4 ou 8 mg /j	32 mg /j		
Valsartan	40 mg X 2/j	160 mg X 2/J		
Bétabloquants				
Bisoprolol	1,25 mg /j	10 mg /j		
Carvédilol	3,125 mg X 2/j	25 – 50 mg X 2/J		
Métoprolol succinate	12,5 – 25 mg /j	200 mg /j		
Nébivolol	1,25 mg /j	10 mg /j		
Diurétiques				
Diurétiques de l'anse				
Furosémide	20 – 40 mg /j	40 – 240 mg /j		
Bumétamide	0,5 – 1 mg /j	5 mg /j		
Diurétiques thiazidiques				
Bendrofluméthiazide	2,5 mg /j	2,5 – 10 mg /j		
Hydrochlorothiazide	25 mg /j	12,5 – 100 mg /j		
Indapamide	2,5 mg /j	2,5 – 5 mg /j		
Diurétiques épargneurs potassiques				
	+ IEC / ARAI	- IEC / ARAI	+ IEC / ARAI	- IEC / ARAII
Amiloride	2,5 mg /j	5 mg /j	20 mg /j	40 mg /j
Triamterène	25 mg /j	50 mg /j	100 mg /j	200 mg /j
Antagoniste de l'aldostérone				
Eplérénone	12,5 – 25 mg /j	50 mg /j	50 mg /j	100 – 200 mg /j
Spironolactone	12,5 – 25 mg /j	50 mg /j	50 mg /j	100 – 200 mg /j

Nb : seuls les médicaments commercialisés en France sont mentionnés

Annexe3 :Respecti-cœur : le classeur patient

Page de couverture :



Pour tout contact : **02.40.16.50.06**

Permanence téléphonique du lundi au vendredi de 9h à 17h

Infirmières coordinatrices :
Mme H. Lambert
Mme C. Mariaux
Mme G. Lacaze

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Ce dossier vous appartient

Présentez-le à chaque consultation médicale

Emportez-le si vous devez être hospitalisé

Les intervenants



RESeau de Prise En Charge et Traitement de l'Insuffisance Cardiaque

Nom:

Prénom :

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Courriel :

-

Cardiologue :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Courriel :

Infirmière :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Courriel :

Personne de confiance :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Maintien à domicile :

Association :

Adresse :

Téléphone :

Diététicienne :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Aide à domicile :

Association :

Adresse :

Téléphone :

Pharmacien :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Kinésithérapeute :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Renseignements personnels

Renseignements personnels

Profession : ☐ Actif ☐ Invalidité ☐ Sans emploi ☐
Retraite

- 1- Agriculture.
- 2- Commerce, artisanat.
- 3- Profession libérale, Cadre supérieur.
- 4- Cadre moyen.
- 5- Employé, ouvrier.
- 6- Sans profession.

Situation familiale : ☐ Marié (e) ☐ Enfant(s)
☐ Vie maritale ☐ Petit(s) enfant(s)
☐ Divorcé (e)
☐ Veuf (ve)
☐ Célibataire

Lieu de vie : ☐ Domicile
☐ Résidence services
☐ Maison de retraite
☐ Maison médicalisée

Type d'aide : ☐ Aide de l'entourage :
☐ Services d'aide à domicile
 ☐ Plateaux repas Organisme :
 ☐ Aide ménagère Fréquence
 hebdomadaire :
 ☐ Maintien à domicile Fréquence
 hebdomadaire :
 ☐ IDE Fréquence
 hebdomadaire :
 ☐ HAD

Quand appeler votre médecin ?



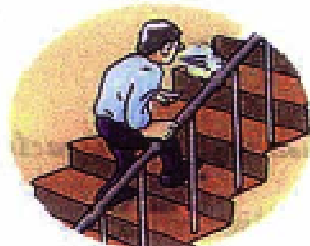
*J'ai de la fièvre, une
bronchite ou une toux !*



*Mes chevilles gonflent !
Je me sens ballonné !*



*Je me sens fatigué ,
même au repos !*



Je me sens plus essoufflé !



*J'ai pris 2 à 3kg en quelques
jours ?!*



RESeau de Prise En Charge et Traitement de
l'Insuffisance Cardiaque

L'insuffisance cardiaque : qu'est ce que c'est ?

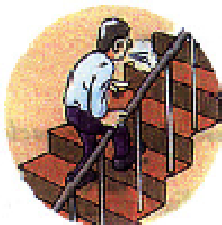
Le Cœur est un muscle qui joue le rôle de pompe

- Il éjecte le « **sang rouge** » oxygéné, qui vient des poumons, vers les organes et les muscles. Le sang circule par les artères.
- Il aspire le « **sang bleu** », qui revient des organes et l'envoie vers les poumons. Le sang circule par les veines.

L'Insuffisance Cardiaque c'est une baisse d'efficacité du rôle de pompe.

Quels sont ses symptômes ?

Lorsque le cœur ne parvient pas à éjecter le sang qui revient des poumons, les poumons s'engorgent. Comme un bassin qui se viderait moins vite qu'il ne se remplirait...

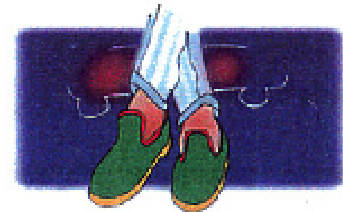


La respiration devient difficile...L'essoufflement se manifeste, lors des efforts, puis au repos...

L'essoufflement peut obliger à dormir assis.



Des œdèmes peuvent apparaître
Les pieds et les chevilles sont gonflés.



Les œdèmes, avant d'être visibles se manifestent par une prise de poids : 2 ou 3kg en quelques jours.

Comment traiter l'insuffisance cardiaque ?

Les médicaments : Ils facilitent le travail du cœur et diminuent les symptômes. Il faut les prendre tous les jours et ne pas craindre de signaler un oubli ou une erreur.

L'alimentation équilibrée : Une alimentation peu salée.
5 à 6 g de sel par jour, limite le risque de décompensation.

L'activité physique : La pratique régulière d'une activité physique soulage le cœur et améliore le fonctionnement de l'organisme.

Le repos : Savoir se ménager est important...

Qu'est ce qui peut entraîner une décompensation cardiaque ?

Un arrêt ou des erreurs de traitement.
Un apport de sel dépassant les 5 ou 6 Grammes /jour.
Un effort physique inadapté.
Une maladie avec de la fièvre.



RESeau de Prise En Charge et Tra tement ds l'Insuffisance Cardiaque

Nom:

Prénom :

Ma maladie

Les causes de ma maladie:

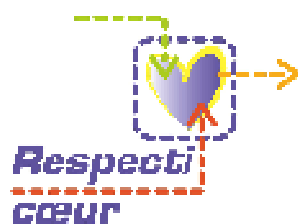
Quels sont les signes de mon insuffisance cardiaque:

Ce qui peut aggraver ma maladie :

Comment je peux surveiller ma maladie :

Je consulte mon médecin généraliste :

Je consulte mon cardiologue :



RESeau de Prise En Charge et Traitement de l'Insuffisance Cardiaque

Nom:

Prénom :

Le traitement

Les médicaments et leur posologie :

Action des médicaments et surveillance :

Conditions de préparation et prise du traitement :

Plan de traitement :



REseau de Prise En Charge et Traitement de l'Insuffisance Cardiaque

Nom :

Prénom :

Date :

Testez votre classe fonctionnelle

Classe fonctionnelle (NYHA) :

Selon classe : noter 1, 2, 3 ou 4

(1) Pouvez-vous descendre un étage d'escalier sans vous arrêter ?

oui



non



(2a) Pouvez-vous monter un étage sans vous arrêter ?
ou marcher 500 mètres d'un pas alerte sur terrain plat ?
ou jardiner, ratisser, désherber ?
linge ?
ou danser le slow ?

oui

non ⇒ classe III



(2b) Pouvez-vous monter un étage en portant un enfant d'un an et plus (10kg et plus) ?
ou porter une bouteille de butane pleine (35kg) ?
1/2 heure de jogging ?
ou bêcher ? ou faire du ski, vélo, foot, tennis ?

oui

non



Classe I

Classe II

(3a) Pouvez-vous prendre une douche sans vous interrompre ?
ou marcher tranquillement sur 500 mètres à plat ?
ou faire votre lit ou étendre du

non

oui ⇒ Classe III



(3b) Êtes-vous obligé de vous arrêter quand vous vous habillez
ou gêné pour respirer en ou faire une mangeant ?

non

oui



Classe III

Classe IV

Surveillance des symptômes



**RESeau de Prise En Charge et Traitement de
l'Insuffisance Cardiaque**

Nom:

Prénom :

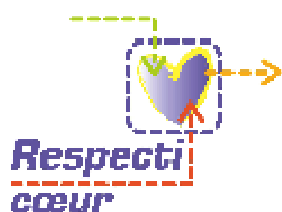
Fiche de surveillance

Mois :

Chacun des intervenants (médecin généraliste, cardiologue, infirmière) peut noter ses observations

Dates	Poids	Observations : oedèmes, essoufflement, fatigue...

Dossier médical



Consultation médicale (Médecin généraliste ou cardiologue)

Nom :

Prénom :

Examen du _____ par _____

Hospitalisation ou événements depuis la dernière visite :

Examen

Poids :

Autres signes :

TA :

EC :

NYHA (1 à 4) :

Oedèmes (0 à +++) :

Turgescence jugulaire : Oui non

Evolution : stable aggravation amélioration

Examens cardiologiques

ECG :

FE échographique :

Modifications de traitement

Examen du _____ par _____

Hospitalisation ou événement depuis la dernière visite :

Examen

Poids :

Autres signes :

TA :

EC :

NYHA (1 à 4) :

Oedèmes (0 à +++) :

Turgescence jugulaire : Oui non

Evolution : stable aggravation amélioration

Examens cardiologiques

ECG :

FE échographique :

Modifications de traitement



RESeau de Prise En Charge et Traitement de l'Insuffisance Cardiaque

Nom :

Prénom :

Date :

Formulaire médical

1) remplir et insérer dans le classeur du patient, onglet : « dossier médical »

2) envoyer un double à la coordination du réseau.

Histoire de la maladie cardiaque

Cause de l'insuffisance cardiaque :

Ischémique

Hypertensive

Valvulaire

Primitive

Autre cause précise

Idiopathique

après bilan

Non recherchée ou imprécise

Date des premiers symptômes et évolution (nombre d'hospitalisations pour IC) :

Autres antécédents médicaux :

Facteurs de risque

HTA

Diabète

Hypercholestérolémie

Tabac

Hérédité

ECG

Sinusal

oui

non

Troubles du rythme auriculaire

oui

non

Troubles du rythme ventriculaire

oui

non

Pace-maker

oui

non

Défibrillateur

oui

non

Coronarographie (préciser la date) :

Fraction d'éjection: ... % isotopique échocardiographique
angiographique

Traitement

I.E.C.:

Antagoniste de l'argio II (sortan)

Bêta-bloquant :

Remarque :

Spiranulectone :

Digitalique :

Dérivés nitrés:

Ant -arythmique :

Ant - thrombotique:

Inhibiteur calcique :

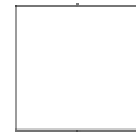
Intolérances médicamenteuses et allergies

Traitement non cardiologique

Cachet du médecin

Classe fonctionnelle (NYHA) :

Selon classe : noter 1,2,3 ou 4



(1) Pouvez-vous descendre un étage d'escalier sans vous arrêter ?

oui
☐

non
☐

(2a) Pouvez-vous monter un étage

(3a) Pouvez-vous prendre une
douche

sans vous arrêter ?

sans vous interrompre ?

ou marcher 500 mètres d'un pas alerte
sur terrain plat ?

ou marcher tranquillement sur
500 mètres à plat ?

ou jardiner, ratisser, désherber ?
linge ?

ou faire votre lit *ou* étendre du

ou danser le slow ?

oui
☐

non → classe III

non
☐

oui → Classe III

(2b) Pouvez-vous monter un étage en portant
un enfant d'un an et plus (10kg et plus) ?

(3b) Êtes-vous obligé de vous
arrêter quand vous vous habillez

ou porter une bouteille de butane pleine (35kg) ?
mangeant ?

ou gêné pour respirer en

ou faire une 1/2 heure de jogging ?

ou bêcher ? *ou* faire du ski, vélo, foot, tennis ?

oui
☐

non
☐

non
☐

oui
☐

Classe I

Classe II

Classe III Classe IV

Degré d'autonomie :

Pour chaque item cocher

1- Indépendance

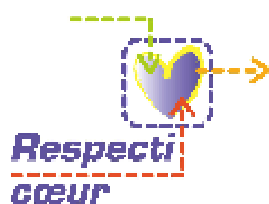
2- Supervision ou arrangement

3- Assistance partielle

4- Assistance totale

- ☐ Habillage
- ☐ Déplacement, locomotion
- ☐ Alimentation
- ☐ Continence

La diététique



RESeau de Prise En Charge et Traitement de l'Insuffisance Cardiaque

Nom :

Prénom :

Fiche de suivi diététique

Date :

Poids :

Ma consommation calorique :

Ma consommation de sel :

Compte-rendu du bilan alimentaire :

Mes objectifs après la 1^{re} séance :

Date :

Poids :

variation :

Ma consommation calorique :

Ma consommation de sel :

Compte-rendu du bilan alimentaire :

Mes nouveaux objectifs :





Les fromages



Les charcuteries
Les jambons



Les coquillages
Les crustacés
Le saumon fumé



Le pain - Les biscottes
Les viennoiseries
Certains biscuits et pâtisseries



Les biscuits apéritifs



Les médicaments
effervescents
La levure chimique



Certaines eaux
gazeuses



La moutarde, la mayonnaise, le ketchup
Olives, anchois, cornichons...
Bouillon Kub...



Le beurre 1/2 sel



Les plats cuisinés



Les conserves
de poissons et de légumes



Les potages en
sachet et en brick



Où trouve-t-on un gramme de sel ?



Service alimentaire / H. Gilbert-Horreau, L. Gervais

Reproduction interdite sans autorisation de l'ANSES - 2007

Les activités physiques



RESeau de Prise En Charge et Traitement de
l'Insuffisance Cardiaque

Nom:

Prénom :

Les activités physiques

Activités habituellement pratiquées :

Activités souhaitées:

Voyages et déplacements:

Objectifs :

Annexe4 : Respecti-cœur : Diagnostic éducatif – Grille d’entretien

La santé :

- la santé, c’est quoi pour vous ?
- Entre 0 et 10 quelle note donneriez vous à votre santé actuelle ?
- Entre 0 et 10 quelle note donneriez-vous à votre moral ?
- Pensez vous que votre santé puisse être améliorée ?

La maladie :

- Quelle est votre maladie du cœur ?
- Comment se manifeste-t-elle ?
- D’après vous à quoi est-elle due ?
- Comment vous représentez vous votre cœur ?
- Quelles sont les conséquences de votre maladie sur votre vie quotidienne ?
 - o Activités professionnelles, de loisir...
- Quelles sont les conséquences sur les relations avec votre entourage ?
 - o Famille, amis...
- Comment réagissez vous par rapport à votre maladie ?
- Aujourd’hui quelles sont vos priorités par rapport à cette maladie ?
- Comment voyez vous l’évolution de votre maladie ?
- Connaissez vous les signes de cette maladie ?
- Surveillez vous votre poids ? Pourquoi oui ou non ?

Le traitement

- Quelles sont, d’après vous les choses à faire pour prendre en charge cette maladie ?
- Quels sont les médicaments que vous prenez ?
- Pouvez expliquer à quoi sert chacun d’eux ?
- Avez vous l’impression qu’ils sont efficaces ?
- Vous arrive-t-il de ne pas les prendre ?
- Est-ce par oubli, lassitude ou parce qu’ils provoquent des effets désagréables ?
- Y-il des circonstances où il est plus difficile de prendre le traitement ?
- Quels moyens utilisez vous pour prendre votre traitement ?

Les habitudes de vie.

Alimentation : enquête alimentaire

- Avez-vous bon appétit, sinon, pourquoi, selon vous ?
- Quelles sont vos habitudes par rapport à la consommation de sel ?
- Faites-vous un régime, lequel ?
- Avez-vous des craintes par rapport au régime. Lesquelles ?
 - Quels sont les aliments que vous préférez-vous ?
- Avez-vous des occasions de repas en famille, entre amis ?

Les activités physiques :

- Quels sont les exercices physiques que vous aimez pratiquer,
- Avez-vous remarqué un changement dans la pratique de vos activités ?
- Savez-vous ce que vous pouvez faire ?

Le sommeil :

- Dormez-vous bien ? (endormissement, réveil en cours de nuit...)
- Avez-vous l'habitude de faire une sieste ?

Les pratiques médicales :

- Périodicité des visites chez le médecin ?
- Périodicité des visites chez le cardiologue ?

Vos projets.

- Qu'est-ce qui vous procure le plus de plaisir aujourd'hui ?
- Quels projets vous tiennent à cœur, pour les jours, semaines, mois, années à venir ?

Les envies d'apprendre

- Y-a-t-il des choses que vous aimeriez savoir ou apprendre pour mieux vivre avec cette maladie ?
- Pensez-vous que vous pouvez trouver de l'aide, auprès de qui ?
- Comment ces personnes peuvent-elles vous aider ?

Annexe5 : Fiche de synthèse des traitements de l'insuffisance cardiaque remise au patient (Respecti-cœur)

Quels sont les principaux médicaments de l'insuffisance cardiaque
Les inhibiteurs de l'enzyme de Conversion (IEC) : <i>RENITEC, TRIATEC, RAMIPRIL, COVERSYL...</i> - Ils diminuent la pression dans les artères et soulagent le travail du cœur - Ils peuvent donc faire baisser les chiffres de votre tension, qu'il faudra surveiller - Ils peuvent quelquefois entraîner une toux sèche et être alors remplacés par une autre classe de médicaments : les antagonistes de l'angiotensine II (ARA II) comme le CANDESARTAN
Les bêtabloquants : <i>TENORMINE, DETENTIEL, CARDENSIEL, TEMERIT, BISOPROLOL, SECTRAL, ATENOLOL...</i> - Ils ralentissent les battements du cœur, le cœur a besoins de moins d'oxygène, il se fatigue moins vite - Ils peuvent entraîner une fatigue au début du traitement - Ils diminuent la pression dans les artères et la tension doit être aussi surveillée
Les diurétiques : Le chef de file est le <i>LASILIX</i> ou <i>FUROSEMIDE</i> - Ils diminuent l'essoufflement en diminuant l'eau dans les poumons ou dans les jambes (œdèmes) - Ils font perdre de poids car ils augmentent la quantité d'urine Pour renforcer l'action du <i>LASILIX</i> de façon ponctuelle il peut être prescrit de l'<i>ESIDREX</i>. Il existe un autre diurétique qui s'appelle l'<i>ALDACTONE</i> et que l'on peut donner en complément du <i>LASILIX</i> pour retenir le potassium. Une surveillance régulière du fonctionnement du rein (urée ou créatinine) et du potassium (kaliémie) est recommandée de façon régulière.
La Digoxine ou Hemigoxine Peut aussi être utilisée pour ralentir le cœur, surtout quand il est irrégulier (fibrillation auriculaire)
Les autres traitements pour le cœur
Les dérivés nitrés <i>ANDANCOR, EPINITRIL, RISORDAN, TRINIPATCH, DISCOTRINE</i> - Ils diminuent l'essoufflement en déchargeant le travail du cœur et en diminuant la quantité de sang arrivant aux poumons. - Ils améliorent la circulation dans les artères de cœur (coronaires) et diminuent ainsi les douleurs dans la poitrine. - Ils peuvent entraîner des vertiges et des maux de tête surtout en début de traitement
Les anticoagulants ou anti-vitamine K : <i>PREVISCAN, SINTROM, COUMADINE</i> Et les antiagrégants plaquettaires : <i>KARDEGIC, PLAVIX</i> - Ils diminuent le risque de formation de caillots qui peuvent obstruer une artère ou une veine - Ils diminuent le risque de refaire un problème cardiaque chez les patients qui ont les artères abimés. - Ils entraînent un risque plus grand de saignement (nez, gencives, tube digestif), d'ecchymoses. - La fluidité du sang est vérifiée régulièrement par une prise de sang qui dose l'INR pour les AVK).
Les statines ou hypolipémiants <i>TAHOR, ELISOR, CRESTOR, PRAVASTATINE, SIMVASTATINE, EZETROL</i> - Ils diminuent le taux de mauvais cholestérol (LDL cholestérol) qu'il faut doser régulièrement par une prise de sang. - Ils peuvent entraîner des douleurs musculaires ou des crampes.

Annexe6 : Grille d'entretien du pharmacien lors du diagnostic éducatif au sein du réseau RESIC 38.



Nom du patient : Date : Entretien n° : Nom du pharmacien :

ELEMENTS DE DIAGNOSTIC EDUCATIF THERAPEUTIQUE		COMMENTAIRES	A ¹	NA	NA
1- LES CONNAISSANCES DU PATIENT	Antécédents	Nom des médicaments d'ordonnance	☐	☐	☐
	de son traitement	Motivations / Cause	☐	☐	☐
		Plan de prise	☐	☐	☐
		Type de surveillance	☐	☐	☐
		Un(s) d'oubli(s) que long(s)	☐	☐	☐
	Antécédents de la tablette	Auto-surveillance des signes de décompensation	☐	☐	☐
	pathologiques	Adaptation du traitement	☐	☐	☐
		Interactions médicamenteuses, auto-médication...	☐	☐	☐
	Effets indésirables	Appartenance à chaque médicament	☐	☐	☐
	de médication	Effet placebo / tolérance	☐	☐	☐
2- LES PRATIQUES DU PATIENT		Place dans le processus	☐	☐	☐
		Compréhension du français / langue...	☐	☐	☐
		Difficultés d'écriture	☐	☐	☐
		Niveau de langue adapté	☐	☐	☐
	Obstacles identifiés	Traitement mal compris	☐	☐	☐
		Erreurs	☐	☐	☐
		Interprétation des notices	☐	☐	☐
		Degré d'acceptation (pathologie, traitement)	☐	☐	☐
		Effet placebo / non placebo	☐	☐	☐
		Effet indésirables ressentis	☐	☐	☐

Eléments de comparaison retenus par rapport à l'entretien précédent :

¹ Acquis / A c, en Voie d'Acquisition / A c, Non Acquis / N A c
Tient en en- ed, post- en- ed...
Plan de prise non respecté, automédication, interactions médicamenteuses

Bibliographie

1. **BAUDRAND, M., CALOP, N. et ALLENET, B.** L'éducation thérapeutique du patient : contexte, concepts et méthodes. [auteur du livre] J. CALOP, S. LIMAT and C. FERNANDEZ. *Pharmacie clinique et thérapeutique*. 3ème édition. Paris : Elsevier Masson, 2008, pp. 1273-1287.
2. **OMS.** maladies chroniques. [En ligne] <http://www.who.int/fr>.
3. **Assurance maladie.** Qu'est-ce qu'une ALD ? [En ligne] <http://www.ameli.fr>.
4. **Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP).** *La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique*. 2009.
5. **Ministère de la santé et des solidarités.** *Plan pour l'amélioration de la qualité des vie des patients atteints de maladies chroniques*. 2007.
6. **IVERNOIS (d'), J.-F. et GAGNAYRE, R.** *Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique*. 3ème édition. Paris : Maloine, 2008.
7. **LACROIX, A. et ASSAL, J.-P.** Vivre avec une maladie chronique. *L'éducation thérapeutique des patients : nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris : Vigot, 1998, pp. 21-54.
8. **SOMMER, J., GACHE, P. et GOLAY, A.** L'enseignement thérapeutique et la motivation du patient. [auteur du livre] C. RICHARD and M.-T. LUSSIER. *La communication professionnelle en santé*. Montréal : ERPI, 2005, pp. 655-691.
9. **GOLAY, A., LAGGER, G. et GIORDAN, A.** *Comment motiver le patient à changer ?* Paris : Maloine, 2009.
10. **HAS, INPES.** *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champs des maladies chroniques*. 2007.

11. **SAOUT, C., CHARBONNEL, B. et BERTRAND, D.** *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient*. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. 2008.
12. **Centre d'éducation du patient**. [En ligne] <http://www.educationdupatient.be>.
13. **CHABROL, A.** Associations de patients, les nouveaux partenaires de la santé. *Bulletin de l'ordre des médecins*. 1999, pp. 10-12.
14. **Association française des diabétiques**. Education thérapeutique et accompagnement : ni confondre, ni choisir, mais financer. *Newsletter*. 2010. n°47.
15. **BAS, P.-L., DUHAMEL, G. et GRASS, E.** *Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences de "disease management"*. Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). 2006.
16. **DUHAMEL, G., GRASS, G. et MORELLE, A.** *Encadrement des programmes d'accompagnement des patients associés à un traitement médicamenteux, financés par l'industrie pharmaceutique*. Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). 2007.
17. **JACQUAT, D.** *Education thérapeutique du patient : propositions pour une mise en place rapide et pérenne*. 2010.
18. **Institut national d'études démographiques (INED)**. L'espérance de vie en France. [En ligne] <http://www.ined.fr>.
19. **SCHEEN, A.-J. et GIET, D.** Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. *Revue médicale de Liège*. 2010, Vol. 65, pp. 239-245.
20. **HAS**. *Programme d'éducation thérapeutique du patient : Grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation par l'ARS*. 2010.
21. **MOSNIER-PUDARD, H.** Education thérapeutique : intérêt d'une équipe multidisciplinaire. [auteur du livre] D. SIMON, et al. *Education thérapeutique Prévention et maladies chroniques*. Collection Abrégés. Paris : Elsevier Masson, 2009.

22. **LACROIX, A. et ASSAL, J.-P.** Pédagogie de l'éducation thérapeutique des patients. *L'éducation thérapeutique des patients : nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris : Vigot, 1998, pp. 87-113.
23. **HAS.** *Education thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser ?* 2007.
24. **PUISIEUX, F.** *Activités et responsabilités du pharmacien dans ses secteurs professionnels habituels (évolution, situation actuelle, raisons à la base de cette situation, propositions)*. Académie nationale de pharmacie, 2000.
25. **BRUNIE, V., ROUPRET-SERZEC, J. et RIEUTORD, A.** Le rôle du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. *J Pharm Clin*. 2010, Vol. 29, pp. 90-92.
26. **CALOP, J., ALLENET, B. et BRUDIEU, E.** Définition de la pharmacie clinique. [auteur du livre] J. CALOP, S. LIMAT and C. FERNANDEZ. *Pharmacie clinique et thérapeutique, 3ème édition*. Paris : Elsevier Masson, 2006, pp. 3-8.
27. **MALLET, L.** Concepts des "soins pharmaceutiques" (Pharmaceutical care) : une approche systématique du suivi du patient. [auteur du livre] J. CALOP, S. LIMAT and C. FERNANDEZ. *Pharmacie clinique et thérapeutique, 3ème édition*. Paris : Elsevier Masson, 2009, pp. 19-26.
28. **AMPE, E., et al.** La pharmacie clinique : un développement récent de l'activité des pharmaciens pour une prise en charge optimisée des patients du point de vue médicamenteux. *Louvain médical*. 2006, Vol. 125, pp. 275-290.
29. **BERTRAND X., BRETON T., ALEXANDRE S., COPE J.F., BAS P.** *Convention nationale entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance maladie*. 2006.
30. **JACQUEMET, S. et CERTAIN, A.** Éducation thérapeutique du patient : rôle du pharmacien. *Bulletin de l'Ordre des pharmaciens*. 2000, Vol. 367, pp. 269-275.
31. **Ordre national des pharmaciens.** *Éléments démographiques - Les pharmaciens panorama au 1er janvier 2011*.
32. **Ipsos Santé.** *Les français et leur pharmacien*. Janvier 2008.

33. **INPES.** *Dossier de presse / Baromètre santé médecins pharmaciens 2003 : Comportement, attitude et rôle des médecins et pharmaciens dans la prévention et l'éducation pour la santé*. 2005.
34. **IPSOS.** Les pharmaciens sont aussi des "éducateurs de santé". [En ligne] <http://www.ipsos.fr/ipsos-public-affairs/actualites/pharmaciens-sont-aussi-quoteducateurs-santequot>.
35. **BRAS, P.L., et al.** *Pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseau*. Inspection générale des affaires sociales. 2011.
36. **RIOLI, M.** *Le pharmacien d'officine dans le parcours de soins*. 2009.
37. **Cespharm.** [En ligne] <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante>.
38. **DECCACHE, A.** Éducation pour la santé : reconnaître les " nouveaux rôles " des médecins et pharmaciens. 2005, Vol. 376, pp. 9-13.
39. **DICKSTEIN, K. et al.** ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 : the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur heart J*. 2008, Vol. 29, pp. 2388-2442.
40. **HAS.** *Insuffisance cardiaque systolique symptomatique chronique*. Guide affection de longue durée. 2007.
41. **HAS.** *Insuffisance cardiaque à fonction systolique préservée symptomatique chronique*. Guide affection de longue durée. 2007.
42. **DICKSTEIN, K. et al.** Focused Update of ESC guidelines on device therapy in heart failure. *Eur heart J*. 2010, pp. 1-11.
43. **HO, KK., et al.** The epidemiology of the heart failure : the Framingham Study. *J Am Coll Cardiol*. 1993, Vol. 22, pp. 6A-13A.

44. **DELAHAYE, F., MERCUSOT, A. et SEDIQ-SARWARI.** Epidémiologie de l'insuffisance cardiaque en Europe : épidémie du 21^e siècle ? *mt cardio*. 2006, Vol. 2, pp. 62-72.
45. **TRIBOUILLOY, C.** Epidémiologie de l'insuffisance cardiaque. *Rev prat*. 2010, Vol. 60, pp. 911-915.
46. **ZANNAD, F., et al.** Incidence, clinical and etiologic features, and outcomes of advanced chronic heart failure: the EPICAL study. *J Am Coll Cardiol*. 1999, Vol. 33, pp. 734-742.
47. **ERHARDT, L.R. et CLINE, C.M.** Organisation of the care of patients with heart failure. *Lancet*. 1998, Vol. 352 Suppl 1, pp. 15-18.
48. **SELKE, B., BRUNOT, A. et LEBRUN, T.** Répercussion économique de l'insuffisance cardiaque en France. *Arch Mal Coeur Vaiss*. 2003, Vol. 96, pp. 191-196.
49. **HOBBS, F.D., et al.** Impact of heart failure and left ventricular systolic dysfunction on quality of life: a cross-sectional study comparing common chronic cardiac and medical disorders and a representative adult population. *Eur Heart J*. 2002, Vol. 22, pp. 1867-1876.
50. **ALLA, F., et al.** Self-rating of quality of life provides additional prognostic information in heart failure. Insights into the EPICAL study. *Eur J Heart Fail*. 2002, Vol. 4, pp. 337-343.
51. **RICH, M.W., et al.** A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med*. 1995, Vol. 333, pp. 1190-1195.
52. **STEWART, S., MARLEY, J.E. et HOROWITZ, C.** Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. *Lancet*. 1999, Vol. 354, pp. 1077-1083.
53. **GONSETH, J., et al.** The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur Heart J*. 2004, Vol. 25, pp. 1570-1595.
54. **MCALISTER, F.A., et al.** Multidisciplinary strategies for management of heart failure patients at high-risk for admissions A systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol*. 2004, Vol. 44, pp. 810-819.

55. **ROCCAFORTE, R., et al.** Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. *Eur J Heart Fail.* 2005, Vol. 7, pp. 1133-1144.
56. **KASPER, E.K., et al.** A randomized trial of the efficacy of multidisciplinary care in heart failure outpatients at high risk of hospital readmission. *J Am Coll Cardiol.* 2002, Vol. 39, pp. 471-480.
57. **STOMBERG, A.** The crucial role of patient education in heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2005, Vol. 7, pp. 363-369.
58. **JAARSMA, T., et al.** Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. *Eur Heart J.* 1999, Vol. 20, pp. 673-682.
59. **KRUMHOLZ, H.M., AMATRUDA, J. et SMITH, G.L.** Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol.* 2002, Vol. 39, pp. 83-89.
60. **KOELLING, T.M., JOHNSON, M.L. et CODY, R.J.** Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation.* 2005, Vol. 7, pp. 179-185.
61. **JOURDAIN, P., et al.** Education thérapeutique des patients insuffisants cardiaques en France. *Presse Med.* 2009, Vol. 38, pp. 1797-1804.
62. **DUJARDIN, J.J., et al.** Éducation des maladies chroniques en cardiologie au sein d'une unité transversale d'éducation multidisciplinaire : expérience d'un centre hospitalier général. *Ann Cardiol Angeiol.* 2005, Vol. 54, pp. 305-309.
63. **JOURDAIN, P., et al.** Unités d'insuffisance cardiaque, Concepts, organisations, résultats. *Ann Cardiol Angeiol.* 2002, Vol. 52, pp. 248-253.
64. **JOURDAIN, P., et al.** Education des patients concernant l'insuffisance cardiaque en centre hospitalier général, c'est possible. *Ann Cardiol Angeiol.* 2003, Vol. 52, pp. 329-336.
65. **ZUILY, S., et al.** Impact of heart failure management unit on heart failure-related readmission rate and mortality. *Arch Cardiovasc Dis.* 2010, Vol. 103, pp. 90-96.

66. **RACINE-MOREL, A., et al.** Prise en charge du patient insuffisant cardiaque : évolution, organisation, application à l'échelle locale. *Ann Cardiol Angeiol.* 2006, Vol. 55, pp. 352-357.
67. **ASSYAG, P., KRYSS, H. et COHEN, A.** Réseau Insuffisance Cardiaque, RESICARD, un réseau ville-hôpital pour optimiser la prise en charge des patients insuffisants cardiaques. *Rev Prat Med Gen.* 2004, Vol. 18, pp. 1425-1428.
68. **ASSYAG, P., et al.** RESICARD: East Paris network for the management of heart failure: Absence of effect on mortality and rehospitalization in patients with severe heart failure admitted following severe decompensation. *Arch Cardiovasc Dis.* 2009, Vol. 102, pp. 29-41.
69. **FOURNY, M., et al.** Évaluation d'un réseau ville-hôpital pour la prise en charge multidisciplinaire des patients insuffisants cardiaques chroniques. *Ann Cardiol Angeiol.* 2006, Vol. 55, pp. 32-38.
70. **JUILLIERE, Y., et al.** Education thérapeutique des patients insuffisants cardiaques : le programme I-care. *Arch Mal Coeur Vaiss.* 2005, Vol. 98, pp. 300-307.
71. **JUILLIERE, Y., et al.** Creation of standardized tools for therapeutic education specifically dedicated to chronic heart failure patients: the French I-CARE project. *Int J Cardiol.* 2006, Vol. 113, pp. 365-363.
72. **JUILLIERE, Y.** L'observatoire de l'insuffisance cardiaque (ODIN). *La lettre du cardiologue.* 2011, Vol. 442, pp. 12-13.
73. **JUILLIERE, Y., et al.** Therapeutic education unit for heart failure: setting-up and difficulties. Initial evaluation of the I-CARE programme. *Arch Cardiovasc Dis.* 2009, Vol. 102, pp. 19-27.
74. **JUILLIERE, Y.** ODIN Actualités sur les grands essais cliniques (partie II). *JE SFC Paris*, 14 janvier 2011.
75. **CROZET, C., et al.** Education cardiovasculaire de patients âgés. Evaluation d'un programme. *Concours med.* 2006, Vol. 128, pp. 1202-1204.
76. **Mutualité sociale agricole.** [En ligne] <http://www.msa.fr>.

77. **TROCHU, J.N., et al.** Multicentre randomised trial of multidisciplinary intervention program in heart failure patients in French medical practice. *Eur Heart J.* Vol. 2003, (abstract), p. 484.
78. **GILLET, M.** Prise en charge multidisciplinaire de l'insuffisance cardiaque. L'expérience du réseau de suivi et de traitement de l'insuffisance cardiaque de la région nantaise, *Respecti-Coeur. Th D Méd, Nantes.* 2006.
79. **HOLLAND, R., et al.** Effectiveness of visits from community pharmacists for patients with heart failure: HeartMed randomised controlled trial. *BMJ.* 2007, Vol. 334, 7603, p. 1098.
80. **BARKER, A., et al.** Pharmacist directed home medication reviews in patients with chronic heart failure: A randomised clinical trial. *Int J Cardiol.* 2011.
81. **STEWART, S., PEARSON, S. et HOROWITZ, J.D.** Effects of a home-based intervention among patients with congestive heart failure discharged from acute hospital care. *Arch Intern Med.* 1998, Vol. 158, pp. 1067-1072.
82. **TRILLER, D.M. et HAMILTON, R.A.** Effect of pharmaceutical care services on outcomes for home care patients with heart failure. *Am J health Syst Pharm.* 2007, Vol. 64, pp. 2244-2249.
83. **VARMA, S., et al.** Pharmaceutical care of patients with congestive heart failure: interventions and outcomes. *Pharmacotherapy.* 1999, Vol. 19, pp. 860-869.
84. **TSUYUKI, R.T., et al.** A multicenter disease management program for hospitalized patients with heart failure. *J Card Fail.* 2004, Vol. 10, pp. 473-480.
85. **SADIK, A., YOUSIF, M. et McELNAY, J.C.** Pharmaceutical care of patients with heart failure. *Br J Clin Pharmacol.* 2005, Vol. 60, pp. 183-193.
86. **MURRAY, M.D., et al.** Pharmacist intervention to improve medication adherence in heart failure: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2007, Vol. 146, pp. 714-725.
87. **GATTIS, W.A., et al.** Reduction in heart failure events by the addition of a clinical pharmacist to the heart failure management team: results of the Pharmacist in Heart Failure

Assessment Recommendation and Monitoring (PHARM) Study. *Arch Intern Med.* 1999, Vol. 159, pp. 1939-1945.

88. **LOPEZ CABEZAS, S., et al.** Randomized clinical trial of a postdischarge pharmaceutical care program vs regular follow-up in patients with heart failure. *Farm Hosp.* 2006, Vol. 30, pp. 328-342.

89. **GWADRY-SRIDHAR, F.H., et al.** Pilot study to determine the impact of a multidisciplinary educational intervention in patients hospitalized with heart failure. *Am Heart J.* 2005, Vol. 150, p. 982.

90. **RAINVILLE, E.C.** Impact of pharmacist interventions on hospital readmissions for heart failure. *Am J health Syst Pham.* 1999, Vol. 56, pp. 1339-1342.

91. **BOUVY, M.L., et al.** Effect of a pharmacist-led intervention on diuretic compliance in heart failure patients : a randomized controlled trial. *J Card Fail.* 2003, Vol. 9, pp. 404-411.

92. **KOSHMAN, S.L., et al.** Pharmacist care of patients with heart failure: a systematic review of randomized trials. *Arch Intern Med.* 2008, Vol. 168, pp. 687-694.

93. **RESIC38.** [En ligne] <http://www.resic38.org/>.

94. **ROSAZ, L.** La consultation pharmaceutique : application à l'insuffisance cardiaque. *Th D Pharm, Nantes.* 2009.

95. **CARDIAUVERGNE.** [En ligne] <http://www.cardiauvergne.com/index.php>.

Vu le Président du jury,

Laurence Coiffard

Vu, le directeur de thèse,

Françoise BALLEREAU

Vu le directeur de l'UFR,

Nom – Prénoms : FETIVEAU Isabelle, Chantal, Michelle

Titre de la thèse : Le pharmacien d'officine et l'éducation thérapeutique du patient insuffisant cardiaque

Résumé de la thèse :

L'insuffisance cardiaque constitue un enjeu majeur de santé publique. Il s'agit d'une maladie grave, fréquente, coûteuse avec un impact important sur la qualité de vie des patients. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) permet à celui-ci d'acquérir les compétences nécessaires pour qu'il puisse gérer au mieux son quotidien avec sa maladie. Elle fait désormais partie des recommandations de prise en charge de la Société Européenne de Cardiologie et de la Haute Autorité de Santé.

Le pharmacien, en qualité de spécialiste du médicament, a un rôle à jouer dans l'acquisition des compétences d'auto-soins qui concernent le traitement médicamenteux. Depuis 2009, la loi HPST autorise le pharmacien à participer à l'ETP dès lors qu'il satisfait aux conditions de formation et que son action s'inscrit dans une prise en charge coordonnée au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Ce travail décrit la place que peut prendre le pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique du patient insuffisant cardiaque.

MOTS CLÉS : EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT,
PHARMACIEN, INSUFFISANCE CARDIAQUE

JURY

PRÉSIDENT : Mme Laurence COIFFARD, Professeur de cosmétologie, Faculté de pharmacie de Nantes

ASSESSEURS : Mme Françoise BALLEREAU, Professeur de Pharmacie Clinique et de Santé Publique, Faculté de pharmacie de Nantes

Mme Anne LE RHUN, Médecin de santé publique, UTET, Hôpital Saint Jacques, CHU NANTES
