



HAL
open science

Évaluation d'une démarche de faisabilité d'un suivi éducatif à l'officine dans le cadre de l'insuffisance cardiaque

Julie Riquelme

► **To cite this version:**

Julie Riquelme. Évaluation d'une démarche de faisabilité d'un suivi éducatif à l'officine dans le cadre de l'insuffisance cardiaque. Sciences pharmaceutiques. 2006. dumas-01154175

HAL Id: dumas-01154175

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01154175>

Submitted on 21 May 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



2^e exemplaire

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2006

N° 7051

**EVALUATION D'UNE DEMARCHE DE FAISABILITE
D'UN SUIVI EDUCATIF A L'OFFICINE
DANS LE CADRE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D'ETAT

Melle JULIE RIQUELME

Née le 25 Septembre 1981 A Saint Martin d'Hères

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE
GRENOBLE*

Le 14 novembre 2006

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du Jury de Thèse :

M. le Professeur J. CALOP, Professeur de Pharmacie, Pharmacie Clinique et Biotechnique

Directeur de Thèse :

M. B. ALLENET, Maître de conférence de Pharmacie, Pharmacie Clinique

Membres du Jury :

Mme F. BONTEMPS, Docteur en Pharmacie, journaliste rédacteur spécialisé pour le Moniteur des Pharmacies

M. J. BOURDARIAT, Docteur en Pharmacie, Titulaire d'officine

M. M. MARIN, Médecin conseil chef de service - Pôle Prévention Promotion de la Santé,
Direction Régionale du Service Médical Rhône Alpes (CNAMTS)

M. D. ROUGIER, Docteur en Pharmacie, Titulaire d'officine

M. JC. TELLIER, Docteur en Pharmacie, conseiller ordinal : Vice-président du Conseil Central de la Section A et Président du Conseil Régional Picardie

La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté : M. le Professeur **P. DEMENGE**
Vice-Doyenne : Mme **A. VILLET**

PROFESSEURS A L'UFR DE PHARMACIE

BAKRI	Abdelaziz	Pharmacie Galénique
CALOP	Jean	Pharmacie Clinique
DANEL	Vincent	Toxicologie
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Bio-Inorganique
DEMENGE	Pierre	Physiologie / Pharmacologie
DROUET	Emmanuel	Immunologie / Microbiologie / Biotechnologie (E.M.B.I)
FAVIER	Alain	Biochimie (D.B.I)
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
GOULON	Chantal	Physique
GRILLOT	Renée	Parasitologie
MARIOTTE	Anne-Marie	Pharmacognosie
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique
RIBUOT	Christophe	Physiologie / Pharmacologie (HP2)
ROUSSEL	Anne-Marie	Biochimie (N.V.M.C)
SEIGLE-MURANDI	Françoise	Botanique et Cryptogamie
STEIMAN	Régine	Biologie Cellulaire
WOUESSIDJEW	Denis	Pharmacie galénique

PROFESSEUR ASSOCIE (PAST)

CHAMPON	Bernard	Pharmacie Clinique
----------------	---------	--------------------

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté : M. le Professeur **P. DEMENGE**
Vice-Doyenne : Mme **A. VILLET**

MAITRES DE CONFERENCES DE PHARMACIE

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie
ALLENET	Benoît	Pharmacie Clinique
BARTOLI	Marie-Hélène	Pharmacie Clinique
BATANDIER	Cécile	Nutrition et Physiologie
BOUMENDJEL	Ahcène	Pharmacognosie
BRETON	Jean	Parasitologie
BUDAYOVA SPANO	Monika	Biophysique Structurale
CHOISNAR	Luc	Pharmacotechnie et génie de la formulation
COLLE	Pierre Emmanuel	Anglais
DELETRAZ	Martine	Droit Pharmaceutique Economie
DEMEILLERS	Christine	Biochimie
DESIRE	Jérôme	Chimie Bio-organique
DURMORT-MEUNIER	Claire	Virologie
ESNAULT	Danielle	Chimie Analytique
FAURE	Patrice	Biochimie
FAURE-JOYEUX	Marie	Physiologie-Pharmacologie
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie
GERMI	Raphaële	Microbiologie
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique
GUIRAUD	Pascale	Biologie Cellulaire et Génétique
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie
KRIVOBOK	Serge	Botanique - Cryptogamie
MORAND	Jean-Marc	Chimie Thérapeutique
NICOLLE	Edwige	Chimie Organique
PINEL	Claudine	Parasitologie
RACHIDI	Walid	Biochimie
RAVEL	Anne	Chimie Analytique
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique
RIEU	PAST Isabelle	Qualitologie
SEVE	Michel	Physique
TARBOURIESCH	Nicolas	Biophysique
VILLEMAIN	Danielle	Mathématiques
VILLET	Annick	Chimie Analytique

ENSEIGNANTS ANGLAIS

FITE Andrée
GOUBIER Laurence

POSTES D'ATER

½ ATER

TRAVIER Laetitia

Immunologie

½ ATER

SACCONI Patrick

Mycologie

½ ATER

MICHALET Serge

Pharmacologie

1 ATER

KHALEF Nawel

Galénique

PROFESSEUR AGREGÉ (PRAG)

ROUTABOUL

Christel

Chimie Générale

Remerciements

*A Monsieur CALOP Jean, président de jury,
pour nous avoir soutenu dans notre projet de thèse.*

*A Monsieur ALLENET Benoît, notre directeur de thèse,
Votre écoute, votre patience, vos conseils avisés et vos critiques nous ont permis d'aboutir à
ce résultat final.*

*A Madame BONTEMPS Florence, Monsieur BOUDARIAT J,
Monsieur MARIN M., Monsieur ROUGIER D et Monsieur TELLIER
que nous remercions d'avoir accepté d'être membre du jury*

*A mes camarades, « le club des cinq », Mlles BOCQUET Claire pour son
énergie positive, FORTIN Emeline pour son dynamisme et sa sympathie ,
MATHELET Catherine pour sa patience et nos réunions du jeudi, et GOUDARD-
PEYROLON Elsa pour son écoute et sa gentillesse.*

*A l'équipe officinale de la Croix Rouge, Didier, Christine, Jacqueline, Eliane,
M.Hélène, Karine, Patricia et Amédée pour leur aide et leur soutien.*

*A ma famille et en particulier à mes parents, pour votre amour, votre patience et
votre soutien dans les moments difficiles..*

Cette thèse est dédiée à mes parents

ABREVIATIONS

AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation des établissements de santé
ARAI	Antagoniste de l'angiotensine II
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVK	Anti-vitamine K
BNP	Brain natriuretic peptide
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CdAM	Catalogue des actes médicaux
CDC	Caisse de dépôts et consignations
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs sociaux
CREDES	Centre de recherche d'étude de documentation en économie de santé
DEKHO	Développement pour la prévention et la prise en charge du diabète
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DMP	Dossier médical personnalisé
DP	Dossier pharmaceutique
DPP	Diabète programme pharmacie
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EIG	événements indésirables graves
ENEIS	Etude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins
ESPS	Enquête santé et protection sociale
ESC	European society of cardiology
ET	Education thérapeutique
ETP	Education thérapeutique du patient
FA	Fibrillation auriculaire
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FEVG	Fraction d'éjection du ventricule gauche
FAN	Facteur atrial natriurétique
GIP	Groupement d'intérêt public
HAS	Haute autorité de santé
HBM	Health belief model
HTA	Hypertension artérielle
IC	Intervalle de confiance
IDM	Infarctus du myocarde
IEC	Inhibiteurs de l'enzyme de conversion
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
NYHA	New York Heart Association
PERNNS	Pôle d'expertise et de référence nationale de nomenclature de santé
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNEPS	Plan national d'éducation pour la santé
RAA	Rénine angiotensine aldostérone
SPLF	Société de pneumologie de langue française
SREPS	Schéma régional d'éducation pour la santé
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire



TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	4
ABREVIATIONS.....	5
INTRODUCTION.....	15
APPROCHE BIBLIOGRAPHIQUE DU SUIVI A L'OFFICINE.....	16
1. Contexte et justification.....	17
1.1. L'iatrogénie médicamenteuse.....	17
1.1.1. Définition.....	17
1.1.2. Les chiffres de la iatrogénie.....	18
1.1.3. Les facteurs favorisant l'iatrogénie	19
1.1.4. Implication du médicament dans la survenue des Evènements Indésirables Graves 25	
1.1.5. Classes médicamenteuses en cause	26
1.1.6. Types de soins concernés	27
1.1.7. Progrès émergents	27
1.2. Contexte économique	29
1.2.1. Conséquences économiques	29
1.3. Contexte psychosocial	29
1.3.1. La santé et le bien être	29
1.3.2. La maladie chronique, un compromis au quotidien	30
1.3.3. Représentations du patient.....	31
1.3.4. Le modèle des croyances de santé.....	32
1.4. Contexte juridique	33
1.4.1. Implication de l'Organisation Mondiale de la Santé.....	33
1.4.2. Le Plan National d'Education Pour la Santé et le Schéma Régional d'éducation pour la santé.....	34
1.4.3. L'éducation thérapeutique du patient : critères de qualité selon l'ANAES	34
1.4.4. Les initiatives dans le domaine de l'Education Thérapeutique du Patient	35
2. L' Education Thérapeutique.....	35
2.1. Définition de l'Education du patient	36
2.1.1. L'éducation pour la santé	36
2.1.2. L'éducation du patient à sa maladie	36
2.1.3. L'Education Thérapeutique du Patient.....	37
2.2. Les raisons de la mise en place d'une éducation thérapeutique	38
2.3. Les dispensateurs de soins dans l'Education thérapeutique du patient	39
2.3.1. Place du pharmacien dans l'Education Thérapeutique du Patient.....	39
2.3.2. Les autres acteurs de santé.....	44
2.4. Les participants.....	44
2.5. Structures et organisation de l'éducation thérapeutique du patient.....	45
2.6. Compétences attendues en Education Thérapeutique	46
2.6.1. Compétences attendues des éducateurs	46
2.6.2. Compétences attendues du patient.....	47
2.7. Les étapes d'une démarche éducative	50
2.7.1. Les techniques de communication.....	50

2.7.2.	Le dossier patient.....	51
2.7.3.	Le Dossier Médical Personnel.....	52
2.7.4.	Le diagnostic éducatif.....	57
2.7.5.	Les objectifs pédagogiques de l'éducation thérapeutique	61
2.7.6.	Le contrat d'éducation	62
2.7.7.	Planification de la démarche éducative	62
2.7.8.	Le suivi éducatif et la reprise éducative	63
2.7.9.	Les supports pédagogiques d'une éducation thérapeutique	63
2.7.10.	Evaluation des interventions.....	65
2.8.	Les critères de qualité d'une éducation thérapeutique.....	67
2.9.	Freins à la mise en place d'une démarche éducative.....	67
REVUE DE LITTÉRATURE POUR L'INSUFFISANCE CARDIAQUE		72
1.	L'insuffisance cardiaque:	73
1.1.	Définition :.....	73
1.2.	Epidémiologie :	73
1.3.	Les différentes formes d'insuffisance cardiaque	74
1.3.1.	La classification fonctionnelle de la NYHA.....	74
1.3.2.	Insuffisances cardiaques chronique et aiguës.....	75
1.3.3.	Les insuffisances cardiaques diastoliques et systoliques.....	76
1.3.4.	Les insuffisances cardiaques gauches, droites ou globales'	77
1.3.5.	Les mécanismes fondamentaux de l'Insuffisance Cardiaque.....	79
1.3.6.	Mécanismes de compensation	79
2.	Prise en charge du patient insuffisant cardiaque chronique	84
2.1.	Le Diagnostic initial	84
2.2.	Traitement non médicamenteux	86
2.3.	Le traitement médicamenteux	89
2.3.1.	Classes thérapeutiques de référence	89
2.3.2.	Classes thérapeutiques des cas particuliers	104
3.	Prise en charge du patient insuffisant cardiaque chronique	107
3.1.	Insuffisance cardiaque chronique systolique.....	107
3.2.	Insuffisance cardiaque diastolique.....	108
3.3.	Insuffisance cardiaque associée à un angor, une HTA ou une fibrillation auriculaire 109	
3.4.	Le traitement de l'insuffisance cardiaque du sujet âgé.....	109
4.	Optimisation du traitement	110
5.	Gestion des risques	111
5.1.	Gestion des effets indésirables	111
5.2.	Suivi biologique.....	112
5.3.	Suivi clinique.....	113
6.	Parcours de la littérature sur l'éducation thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque..	114
6.1.	Expérience d'éducation thérapeutique.....	114
6.2.	Les outils existants	115
METHODOLOGIE		116
1.	Protocole.....	117
1.1.	Le référentiel d'étude.....	117
1.1.1.	Les acteurs de l'étude	117
1.1.2.	Type d'étude choisie.....	118
1.1.3.	Inclusion des patients	118

1.1.4.	Données temporelles.....	119
1.1.5.	Lieux de l'étude.....	119
1.2.	Outils de l'étude.....	119
1.2.1.	Information du patient et des professionnels de santé.....	119
1.2.2.	Le dossier patient.....	120
1.2.3.	Le diagnostic éducatif.....	120
1.2.4.	Les séances de suivi éducatif.....	122
1.3.	Approche pédagogique spécifique à chaque pathologie.....	123
1.3.1.	La population étudiée.....	123
1.3.2.	Données temporelles.....	124
1.3.3.	Lieux de l'étude.....	124
1.3.4.	Les outils de l'étude.....	125
1.3.5.	Approche pédagogique des thèmes.....	127
1.4.	Synopsis de l'étude.....	132
2.	Evaluation de la faisabilité du processus éducatif.....	134
2.1.	Objectif des questionnaires.....	134
2.2.	Création et utilisation des questionnaires.....	134
2.3.	Critères de faisabilité et indicateurs correspondants.....	135
RESULTATS.....		140
Le tableau récapitulatif des résultats se trouve en.....		141
1.	Profils des inclusions.....	141
1.1.	Profil des patients.....	141
1.1.1.	Age.....	141
1.1.2.	Sexe.....	142
1.1.3.	Nationalité et culture.....	142
1.1.4.	Langage et niveaux de compréhension.....	142
1.1.5.	Catégorie socioprofessionnelle.....	142
1.1.6.	Contexte médical et thérapeutique avant l'étude.....	143
1.1.7.	Acceptation de la pathologie / du traitement.....	145
1.1.8.	Respect des critères d'inclusion.....	146
1.2.	Profil des officines et titulaires – maîtres de stage.....	146
1.3.	Les médecins entourant les patients inclus.....	147
1.4.	Les enquêteurs.....	149
2.	Critères de faisabilité de la démarche éducative.....	149
2.1.	Pertinence de l'information apportée aux différents acteurs au sujet de la démarche	149
2.1.1.	Information des différents acteurs.....	149
2.1.2.	Recrutement des patients.....	151
2.1.3.	Refus.....	151
2.1.4.	Abandons en cours d'étude.....	151
2.2.	Organisation spatio-temporelle.....	152
2.2.1.	Les lieux des rencontres.....	152
2.2.2.	Données temporelles de la démarche.....	153
2.2.3.	Modalités des rencontres.....	156
2.3.	Les outils du suivi éducatif.....	157
2.3.1.	Le dossier patient.....	157
2.3.2.	Le diagnostic éducatif.....	158
2.3.3.	Les séances de suivi éducatif.....	158
2.3.4.	Documents fournis aux patients.....	161

2.3.5.	Supports pédagogiques utilisés au cours des séances.....	161
2.4.	Le ressenti des différents acteurs.....	162
2.4.1.	Recueil de la satisfaction globale des participants	162
2.4.2.	Relationnel entre les différents acteurs de la démarche	165
2.5.	Impact économique de la démarche	167
DISCUSSION.....		168
1.	Les biais méthodologiques inhérents à l'étude.....	169
1.1.	Biais de sélection des patients	169
1.2.	Biais liés au lieu d'étude.....	170
1.3.	Biais liés à la technique d'entretien semi-directif	170
1.4.	Biais liés au statut « étudiant » de l'enquêteur	171
1.5.	Biais liés au dossier patient élaboré.....	171
1.6.	Biais liés aux hospitalisations et décès des patients pendant l'étude	172
1.7.	Biais liés aux questionnaires d'évaluation patient.....	172
2.	La faisabilité de l'étude	174
2.1.	Profil des inclusions	174
2.1.1.	Profil des patients	174
2.1.2.	Profil des officines.....	179
2.1.3.	Profil des médecins entourant les patients.....	179
2.1.4.	Profil des enquêteurs	179
2.2.	Evaluation des critères de faisabilité d'un suivi éducatif à l'officine.....	180
2.2.1.	Pertinence de l'information apportée aux acteurs au sujet de la démarche....	180
2.2.2.	Organisation spatio-temporelle	184
2.2.3.	Outils de suivi éducatif.....	192
2.2.4.	Ressentis des différents acteurs	200
2.2.5.	Relationnel entre les différents acteurs.....	204
2.2.6.	Impact économique de la démarche	206
3.	Les perspectives.....	208
3.1.	La nécessité de formation des acteurs de l'éducation thérapeutique.....	209
3.2.	La nécessité de revoir et faire évoluer l'organisation du modèle officinal	211
CONCLUSION		214
ANNEXES		218
ANNEXES INSUFFISANCE CARDIAQUE.....		262
BIBLIOGRAPHIE		278

TABLES DES TABLEAUX

TABLEAUX

Tableau I : Médicaments à surveiller chez la personne âgée	21
Tableau II : Causes latentes et spécifiques des EIG d'après ENEIS ¹⁷	23
Tableau III : Les quatre postulats du modèle des croyances de santé d'après A. Lacroix	32
Tableau IV : Comportements liés aux phases d'acceptation d'une maladie d'après Anne Lacroix.....	60

Tableau V : Critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé d'après le « Référentiel des critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé »	64
Tableau VI: Récapitulatif des 5 officines incluses dans l'étude	117
Tableau VII : Référentiel d'évaluation de la faisabilité d'un suivi éducatif à l'officine.....	135

TABLEAUX INSUFFISANCE CARDIAQUE

Tableau IC I : Classification fonctionnelle de la NYHA.....	74
Tableau IC II : Caractéristiques des insuffisances cardiaques droites et gauches.....	77
Tableau IC III : Les mécanismes d'adaptation impliqués dans l'insuffisance cardiaque ¹⁴²	82
Tableau IC IV: Les examens du diagnostic de l'insuffisance cardiaque.....	85
Tableau IC V : Régime désodé recommandé en fonction du stade de l'insuffisance cardiaque	87
Tableau IC VI : Procédures recommandées pour débuter un traitement par IEC	91
Tableau IC VII : Doses d'entretiens recommandées pour un IEC	92
Tableau IC VIII : Procédure recommandée pour un traitement par diurétique dans cadre d'une Insuffisance cardiaque	95
Tableau IC IX : Posologies/effets indésirables des diurétiques	96
Tableau IC X : Procédure recommandée pour débuter un traitement par bêtabloquant	98
Tableau IC XI : Posologies des bêtabloquants	99
Tableau IC XII : Programme CHARM [®]	101
Tableau IC XIII : Recommandations de l'European Society of Cardiology (ESC) 2005.....	102
Tableau IC XIV : Posologies des Antagonistes de l'angiotensine II	103
Tableau IC XV : Prise en charge de cas particuliers associés à une insuffisance cardiaque..	109
Tableau IC XVI : Classes médicamenteuses utilisables en cas d'insuffisance cardiaque chez un sujet âgé.....	110
Tableau IC XVII : Médicaments à éviter en cas d'insuffisance cardiaque	111
Tableau IC XVIII : Séquences pédagogiques du programme d'éducation du patient insuffisant cardiaque.....	127

TABLE DES FIGURES

FIGURES

Figure 1 : Evolution du nombre de boîte par personne et par an.....	20
Figure 2 : Nombre de boîtes acquises en fonction du nombre maladies déclarées et en fonction de la catégorie d'âge .d'après le CREDES, enquête ESPS 2000	22
Figure 3: Le circuit du médicament.....	24
Figure 4 : Résultats de l'ENEIS ¹	26
Figure 5 : Classes médicamenteuses impliquées dans les EIG, d'après ENEIS ¹	26
Figure 6 : L'éducation santé fait-elle partie du rôle de pharmacien ?	40
Figure 7 : Compétences attendues des soignants en éducation thérapeutique du patient.....	47
Figure 8 : Le second axe de l'éducation thérapeutique, d'après la CNAMTS, DHOS et PERNNS.....	49
Figure 9 : Fréquence en pourcentage de citation des freins à une démarche de prévention / éducative par les pharmaciens / médecins interrogés en 2003	68
Figure 10 : Les critères de qualité de l'ETP d'après l' IPCEM.....	71
Figure 11 : Le diagnostic éducatif.....	121

Figure 12: Approche pédagogique d'après Gagnayre et D'Ivernois.....	123
Figure 13 : Synopsis de l'étude	133
Figure 14 : Répartition des patients selon la catégorie socioprofessionnelle (n = 43).....	142
Figure 15 : Nombre de fois où le patient se présente à l'officine, par trimestre (n = 39)	143
Figure 16 : Répartition des patients selon les nombres de pathologies et le niveau de médication (n = 43)	144
Figure 17 : Entourage médical des patients recrutés (n = 43)	144
Figure 18 : Les patients et leurs analyses biologiques (n = 43).....	145
Figure 19: Niveaux d'acceptation de la pathologie et du traitement (n = 43).....	145
Figure 20 : Patients ayant bénéficié d'une éducation thérapeutique avant l'étude (n = 39) ...	146
Figure 21 : Catégories de médecins inclus dans les données quantitatives (n = 28).....	147
Figure 22 : Existence ou non d'expériences antérieures en éducation thérapeutique pour les médecins de l'étude (n = 28)	148
Figure 23 : Nature des expériences en éducation thérapeutique pour les médecins de l'étude (n = 28).....	148
Figure 24 : Fréquence de travail en collaboration étroite avec d'autres professionnels de santé selon la pratique des médecins de l'étude (n = 28)	148
Figure 25 : Avis des médecins sur la collaboration entre professionnels de santé (n = 28)...	149
Figure 26 : Répartition des niveaux d'acceptation de participer à l'étude par les patients (n = 43).....	150
Figure 27 : Raisons d'accepter de participer à l'étude selon les patients (n = 39)	150
Figure 28 : Répartition des modes de recrutement des patients (n = 43)	151
Figure 29 : Répartition des lieux de rencontres au sein de l'officine (n = 43)	152
Figure 30 : Périodes d'intervention dans le traitement de la pathologie chronique (n = 43) .	153
Figure 31 : Nombre de rencontres pour chaque patient (n = 43).....	154
Figure 32 : Répartition des patients en fonction du nombre de rencontres selon le type de pathologie (n = 43)	154
Figure 33 : Avis des patients sur le nombre de rencontres (n = 39)	155
Figure 34 : Temps moyen consacré pour les 114 rencontres effectuées avec le patient (diagnostic éducatif et séances de suivi éducatif pour les 5 enquêteurs).....	155
Figure 35 : Avis des patients sur la durée des rencontres (n = 39).....	156
Figure 36 : Modalités des rencontres (n = 43).....	157
Figure 37 : Les dirigeants des rencontres (n = 43)	157
Figure 38 : Nombre de séances pour effectuer le diagnostic éducatif (n = 43).....	158
Figure 39 : Utilisation des thèmes fixés selon le diagnostic éducatif lors des séances éducatives (43 patients sur 114 séances)	159
Figure 40 : Nombre de patients pour lesquels ont été abordés les thèmes proposés dans le protocole d'étude, par pathologies	160
Figure 41 : Relations entre diagnostic éducatif et séances éducatives, pour chaque patient (n = 43).....	161
Figure 42 : Les patients face au tri de boîtes de médicaments (n = 43)	162
Figure 43 : Avis des patients sur la démarche éducative (n = 39).....	163
Figure 44 : Avis global des patients sur la démarche d'éducation thérapeutique (n = 39)	163
Figure 45 : Réaction du patient face à l'intervention de l'éducateur (n = 43)	165
Figure 46 : Ressenti de l'éducateur concernant la manière d'aborder les 43 patients.....	166
Figure 47 : Avis des 43 patients sur l'intervention de l'éducateur au cours des séances.....	166
Figure 48 : Techniques de remplissage des questionnaires patients (n = 39)	173
Figure 49 : Comparaison de la répartition de notre population d'étude (n = 43) par tranches d'âge, avec celle de la population française recensée par l'INSEE, Janvier 2006 ¹⁸⁶	175

FIGURES INSUFFISANCE CARDIAQUE

Figure IC 1 : Les mécanismes compensateur neurohormonaux extrinsèques impliqués dans l'insuffisance cardiaque congestive.....	81
Figure IC 2 : Algorithme pour le diagnostic d'insuffisance cardiaque ou de dysfonction ventriculaire gauche.....	84
Figure IC 3 : Schéma thérapeutique de l'insuffisance cardiaque chronique systolique	107

TABLE DES ANNEXES

ANNEXES

Annexe 1: Condition de prise en charge par le système de soin australien d'une consultation pharmaceutique prescrite pour au moins 1 des raisons prévues.....	219
Annexe 2: Extrait de la grille d'évaluation de la qualité de la tenue du dossier du patient d'après l'ANAES.....	220
Annexe 3: Le Dossier Médical Personnalisé (DMP) Matrice de droit (condition d'accès aux différentes catégories d'informations selon la profession ou la discipline)	222
Annexe 4: Contenu du Dossier Médical Personnel.....	223
Annexe 5 : Ticket pour fixer un rendez-vous pharmaceutique	224
Annexe 6 : Lettre d'information pour le patient.....	225
Annexe 7: Lettre d'information des médecins	226
Annexe 8 : Présentation officielle de l'étude aux professionnels de santé	227
Annexe 9: Dossier patient	228
Annexe 10: Diagnostic éducatif	230
Annexe 11 : Liste des thèmes à aborder.....	232
Annexe 12 : Tableau de suivi de l'évolution des séances selon les thèmes abordés.....	233
Annexe 13 : Suivi d'évolution des séances éducatives	234
Annexe 14 : Questionnaire PATIENT.....	237
Annexe 15 : Questionnaire TITULAIRE	241
Annexe 16 : Questionnaire MEDECIN	245
Annexe 17 : Questionnaire ETUDIANT	247
Annexe 18: TABLEAUX DES RESULTATS	250
Annexe 19: Enquête décennale santé 2002-2003, INSEE, France métropolitaine, population 18 ans et plus, déclarant au moins une maladie chronique, Nombre moyen de maladies déclarées par genre et groupes d'âge.....	259
Annexe 20: Nombre moyen de boîtes de médicaments consommés annuellement par patients	259
Annexe 21 : Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé	260
Annexe 22: Schéma bilan du projet de suivi éducatif du patient	261

ANNEXES INSUFFISANCE CARDIAQUE

Annexe IC 1 : Exemples de médicaments apportant plus de 90mg de Na ⁺ /unité avec les apports par jour à la posologie maximale.....	264
Annexe IC 2 : Outils du diagnostic éducatif.....	265
Annexe IC 3 : Coordonnées du réseau RESIC38	266
Annexe IC 4 : Le Coeur.....	267
Annexe IC 5 : La circulation sanguine	268

Sommaire

Annexe IC 6: Qu'est-ce que l'Insuffisance cardiaque ?	269
Annexe IC 7 : Les signes d'alerte.....	270
Annexe IC 8 : Apprentissage de l'auto surveillance : les poids, l'essoufflement et les oedèmes sont des paramètres à surveiller !	271
Annexe IC 9: Plan de prise personnalisé	272
Annexe IC 10 : Régime pauvre en sel de l'insuffisant cardiaque	273
Annexe IC 11 : Aliments riches en sel	274
Annexe IC 12: Aliments pauvres en sel	275
Annexe IC 13 : Où trouve-t-on un gramme de sel?.....	276
Annexe IC 14 : Imagier	277

INTRODUCTION

Un des défis majeurs auquel doit dorénavant faire face le système de soins est celui du vieillissement de la population. Cette évolution démographique va de pair avec une prévalence croissante des affections chroniques. Les réponses du système de soins sont de plus en plus techniques et morcelées, offrant des garanties sous-optimales en termes de sécurisation des patients. Les chiffres concernant l'iatrogénie médicamenteuse sont à ce titre éloquentes : la moitié des erreurs médicamenteuses seraient potentiellement évitables (ENEIS 2005). Les enjeux de santé publique sont alors ceux de la rationalisation de la filière patient, grâce au développement de stratégies de diffusion de l'information entre professionnels, médicaux et paramédicaux, de mise en réseau des structures et prestataires de soins, ambulatoires comme hospitaliers et la mise en œuvre d'un véritable accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques ou « suivi éducatif ».

L'objectif de la présente recherche est d'évaluer la faisabilité d'un suivi éducatif à l'officine.

Nous introduisons, dans une première partie, le contexte et la justification d'une telle démarche, au cœur de notre système de soin.

Dans une seconde, nous développons notre approche empirique, les choix méthodologiques qui la structurent, puis les résultats monographiques issus de 5 différents terrains d'application, à savoir :

Pathologie d'inclusion	Educateur	Titulaires, Localisation
Migraine	BOCQUET Claire	Mme LAMEYNARDIE, <i>Annecy le Vieux (74)</i>
Diabète de type II	FORTIN Emeline	Mme BOYER, <i>Grenoble (38)</i>
Asthme et B.P.C.O	GOUDARD-PEYROLON Elsa	M. MODELON, <i>Guilherand-Granges (07)</i>
Anticoagulants oraux	MATHELET Catherine	M. et Mme BOURDARIAT, <i>Pontcharra (38)</i>
Insuffisance cardiaque	RIQUELME Julie	M. et Mme ROUGIER, <i>Saint Martin d'Hères (38)</i>

Nous discutons les enseignements principaux issus de notre protocole d'évaluation de la démarche, pour proposer en définitive, quelques éléments prospectifs.

APPROCHE BIBLIOGRAPHIQUE
DU SUIVI EDUCATIF
A L'OFFICINE

1. Contexte et justification

En France, la sécurité des soins devient une des priorités des gestionnaires du système de santé. La qualité du circuit du médicament représente un axe majeur de la sécurisation des soins. Une étude prospective conduite en France (ENEIS 2004¹) financée par les pouvoirs publics propose une image fiable robuste de l'épidémiologie de l'iatrogénie, en particulier, l'iatrogénie médicamenteuse.

La lutte contre ce problème de santé publique repose sur la participation de tous les acteurs du système de santé, allant du médecin au patient.² Ce dernier doit être considéré comme un protagoniste désormais actif, dont les attentes et les ressentis concernant sa maladie sont personnels et divers. Ainsi, il est nécessaire de donner à ces patients la possibilité de maîtriser leur santé, notamment en valorisant l'éducation thérapeutique comme ceci est déjà proposé tant à l'échelle internationale par l'OMS qu'à l'échelle nationale, voire régionale.

1.1. L'iatrogénie médicamenteuse

1.1.1. Définition

Le terme iatrogénie provient du grecque « *iatros* » = médecin et « *genos* » = origine. Il désigne ainsi ce « qui est provoqué par le médecin »³. L'iatropathologie médicamenteuse est une pathologie liée à l'administration d'un ou plusieurs médicaments prescrits par un médecin³. Le pharmacien délivrant ces médicaments est lui aussi directement concerné. L'iatropathologie comprend les divers accidents thérapeutiques médicamenteux tels que les effets indésirables mais également les erreurs médicamenteuses pouvant survenir tout au long du circuit du médicament³.

Une **erreur médicamenteuse** se définit comme « *l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament, pouvant être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient* ». Par définition, l'erreur médicamenteuse est évitable car elle manifeste ce qui aurait dû être fait et qui ne l'a pas été, au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient. Elle peut survenir à différentes étapes de la prise en charge et se subdivise alors en erreur d'administration du médicament, de délivrance, de

dispensation, ou de prescription⁴. Les actions visant à la réduction de l'erreur médicamenteuse touchent avant tout la réorganisation du circuit du médicament⁵ et l'amélioration continue des pratiques professionnelles⁶.

Un **effet indésirable** est défini selon le Code de la Santé Publique, comme « *une réaction nocive et non voulue à un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie [...] ou résultant d'un mésusage du médicament* ». ⁷

Un **évènement indésirable lié aux soins** peut-être défini comme un évènement défavorable pour le patient, consécutif aux stratégies de traitement, de prévention ou de réhabilitation¹.

Un effet ou un évènement sont considérés comme **graves**, lorsqu'ils sont susceptibles de mettre la vie du sujet en danger, ou bien d'entraîner une invalidité ou une incapacité importante et durable, voire de provoquer ou prolonger une hospitalisation⁸.

1.1.2. Les chiffres de la iatrogénie

La France se situe probablement, en termes de fréquence et de gravité des évènements indésirables, à un rang comparable à celui des pays développés, qui ont fait de l'iatrogénie une priorité de santé publique⁹.

La survenue d'évènements indésirables graves liés aux soins (EIG) représente une question majeure pour le système de santé. La réduction de ce risque iatrogénique (fréquence et proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un évènement iatrogène) est d'ailleurs l'un des objectifs associés à la loi de santé publique votée en août 2004¹.

L'Etude Nationale sur les Evènements Indésirables graves liés aux Soins (ENEIS) est la première étude prospective française d'envergure menée sur les EIG dans les établissements de soins. Elle a permis de comptabiliser les différents EIG détectés et d'en analyser les causes. Conduite par le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) à la demande du ministère français de la santé et sous l'égide de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), cette étude multicentrique publiée récemment concerne 71 établissements français, soit 8754 patients (soit 35 234 journées d'hospitalisation). L'échantillon choisi est un échantillon

randomisé de séjours effectués par des patients dans 292 unités de médecine et de chirurgie d'établissement de santé publics et privés de courts séjours.

Cette étude différencie les soins en ambulatoire (SA) par l'identification des événements indésirables graves ayant motivés l'hospitalisation (EIG de type 1) et les soins en hospitalier (SH) à travers les événements indésirables graves observés lors de l'hospitalisation (EIG de type 2)¹. Etaient associés au médicament, 38,7% des EIG ayant motivé une hospitalisation (1,56% des séjours IC [1,16 ; 1,97]), dont la moitié étant considérée comme évitable et 19,5% des EIG observés lors de l'hospitalisation (1,29 pour 1000 jours d'hospitalisation [0,89 ; 1,69]) dont 42% évitables.

Le caractère évitable était posé lorsque l'on pouvait estimer qu'un événement indésirable ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée elle comme satisfaisante au moment de la survenue de cet événement¹.

1.1.3. Les facteurs favorisant l'iatrogénie

L'étude ENEIS a permis de mettre en évidence les différents facteurs favorisant l'apparition d'un EIG : le type de patient et l'organisation du circuit du médicament au sein des structures de soins ambulatoires comme hospitalières sont incriminés. L'organisation regroupe aussi bien des problèmes de communication que de prescriptions, d'administration, etc.

1.1.3.1. Les facteurs liés au patient

L'état clinique du patient, son comportement ou celui de son entourage ont été jugés comme des facteurs favorisant la survenue de l'effet indésirable grave chez 71,5% des patients¹⁰

L'âge du patient

En 2005, l'INSEE estimait qu'une personne sur cinq avait plus de 65 ans¹¹. L'âge représente un facteur de iatrogénie puisque que les effets indésirables médicamenteux sont deux fois plus fréquents en moyenne après 65 ans et que 10 à 20% de ces effets indésirables conduisent à une hospitalisation¹².

La sensibilité des personnes âgées aux risques iatrogènes s'explique par différents facteurs. D'une part les personnes âgées sont souvent polymédiquées. Cette polymédication est une source de iatrogénie par la potentialisation des interactions, des effets indésirables et par une diminution de l'observance.

La Figure 1 représente l'évolution du nombre de boîtes acquises par un patient en fonction de son âge. Le graphe souligne l'augmentation de ce nombre et donc la polymédication des individus avec l'âge.

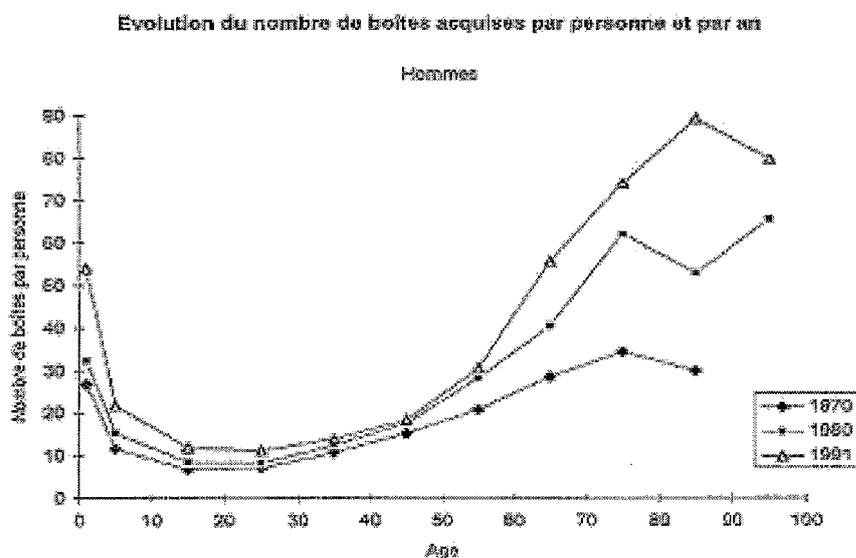


Figure 1 : Evolution du nombre de boîte par personne et par an¹³

D'autre part, les personnes âgées sont plus fragiles sur un plan physiologique à l'iatrogénie médicamenteuse. Lors du vieillissement, des modifications physiologiques s'installent ; elles peuvent alors avoir des conséquences tant pharmacocinétiques que pharmacodynamiques sur le médicament. Une de ces conséquences pharmacocinétiques reconnue est la réduction de l'élimination rénale, la diminution du métabolisme hépatique, nécessitant alors chez le sujet âgé une adaptation posologique. Des précautions sont par conséquent à prendre en compte lors d'un traitement comprenant des médicaments à longue demi-vie d'élimination, des médicaments à marge thérapeutique étroite, des médicaments à élimination rénale, des inducteurs ou inhibiteurs enzymatiques, des médicaments à forte fixation enzymatique. Le

Tableau I résume les classes médicamenteuses à surveiller de près.

Tableau I : Médicaments à surveiller chez la personne âgée¹⁴

Médicaments à surveiller	
Marge thérapeutique étroite	Anticoagulants oraux, Sulfamides hypoglycémiantes, Digoxine, Lithium, Antiépileptiques
Demi-vie longue	Amiodarone, formes LP non indiquées chez les personnes âgées
Élimination rénale	IEC, Diurétiques thiazidiques, Antidiabétiques oraux, Antibiotiques, HBPM
Inducteur ou inhibiteur enzymatique	- Inducteurs : Phénytoïne, Carbamazépine - Inhibiteurs : Allopurinol, Amiodarone, Fluoroquinolones
Forte fixation protéique	AVK, AINS, Fibrates, Sulfamides hypoglycémiantes

Le vieillissement peut également avoir un effet sur l'action des médicaments : un vieillissement cardiaque par exemple, rend les cellules plus sensibles à certains médicaments entraînant alors des troubles du rythme ; ou des risques d'hypotension induits par certains traitements, favorisant la survenue de chutes ou de fractures¹².

L'état de santé du patient

La fragilité des personnes soignées, dépendant de la gravité de l'affection traitée et de l'état sous-jacent du patient, est un déterminant de la fréquence et de la gravité des événements indésirables. La sénescence et les polyopathologies donnent lieu à des incapacités fonctionnelles et sociales.

La baisse de l'acuité visuelle et auditive, les troubles de la déglutition ou bien encore la réduction des capacités physiques et psychiques (troubles de la mémoire) rendent l'individu plus vulnérable aux effets indésirables qui peuvent alors atteindre un stade de gravité plus important.

Les conditions socio-environnementales (isolement social, dépendance) dans lesquelles le sujet évolue, peuvent constituer elles aussi un rôle dans la survenue de ces événements indésirables¹².

La polypathologie, étroitement liée à une polymédication, constitue également un facteur de iatrogénie et cela quelque soit l'âge.

La Figure 2 illustre ainsi que la polypathologie induit une polymédication à tout l'âge.

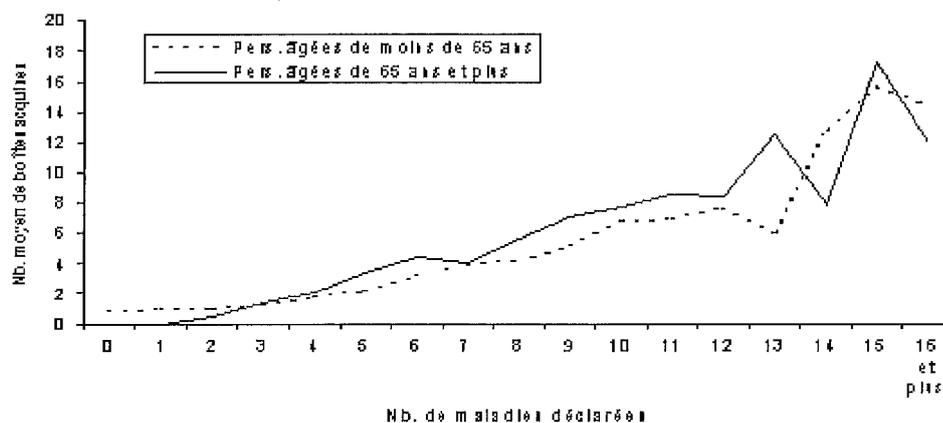


Figure 2 : Nombre de boîtes acquises en fonction du nombre maladies déclarées et en fonction de la catégorie d'âge d'après le CREDES, enquête ESPS 2000¹⁵

Le comportement du patient

Le comportement du patient face à son traitement notamment, constitue un facteur de risque dans la survenue d'évènements indésirables. Un non-respect des posologies prescrites, une automédication inappropriée, une mauvaise observance au traitement ou une surveillance biologique non adaptée augmentent le risque d'évènements indésirables. Les troubles neuropsychiques représentent près de 25% de la symptomatologie iatrogène comprenant les troubles de la vigilance, les syndromes confusionnels voire pseudo démentiels et également les états dépressifs¹⁶. Il convient donc d'être à la fois vigilant aux comportements du patient et à son état psychique.

1.1.3.2. Les facteurs liés à l'organisation des soins

Le fonctionnement des structures de soins influe sur la survenue d'évènements indésirables. La majorité des erreurs sont davantage liées à des mauvais fonctionnements de ces structures qu'à un défaut de performances individuelles.

Selon l'étude ENEIS¹, la densité d'incidence des EIG de type II, calculée comme le nombre d'EIG identifiés dans l'unité pendant l'observation rapporté au nombre de jours d'hospitalisation observés, est plus élevée dans les CHU¹⁷.

Deux facteurs expliquent vraisemblablement ce résultat :

- la grande complexité des cas pris en charge ;
- le caractère souvent urgent des cas.

La communication

Dans l'enquête ENEIS, une analyse des causes réalisée sur 41 des 450 EIG observés, a révélé le rôle essentiel des questions d'organisation et de communication dans la survenue d'EIG. Parmi les 35 effets indésirables pour lesquels des « causes latentes » ont été retrouvées, près de la moitié sont survenues dans un contexte de changements récents (changement au niveau de l'équipe, au niveau du matériel et/ou au niveau de l'environnement).

Tableau II : Causes latentes et spécifiques des EIG d'après ENEIS¹⁷

Causes latentes	<ul style="list-style-type: none">• Organisation du travail• Facteurs individuels• Environnement de travail• Absence de protocoles• Insuffisance d'échange d'informations entre professionnels et patient
Causes spécifiques	<ul style="list-style-type: none">• Charge de travail• Planification des tâches inadaptée• Défauts de communication interne

1.1.3.3. L'iatrogénie au sein du circuit du médicament

Les différentes étapes du circuit du médicament peuvent générer un risque¹⁸. Ces risques se retrouvent autant en soins de ville qu'en soins hospitaliers.

Ce circuit se compose de trois étapes (Figure 3) :

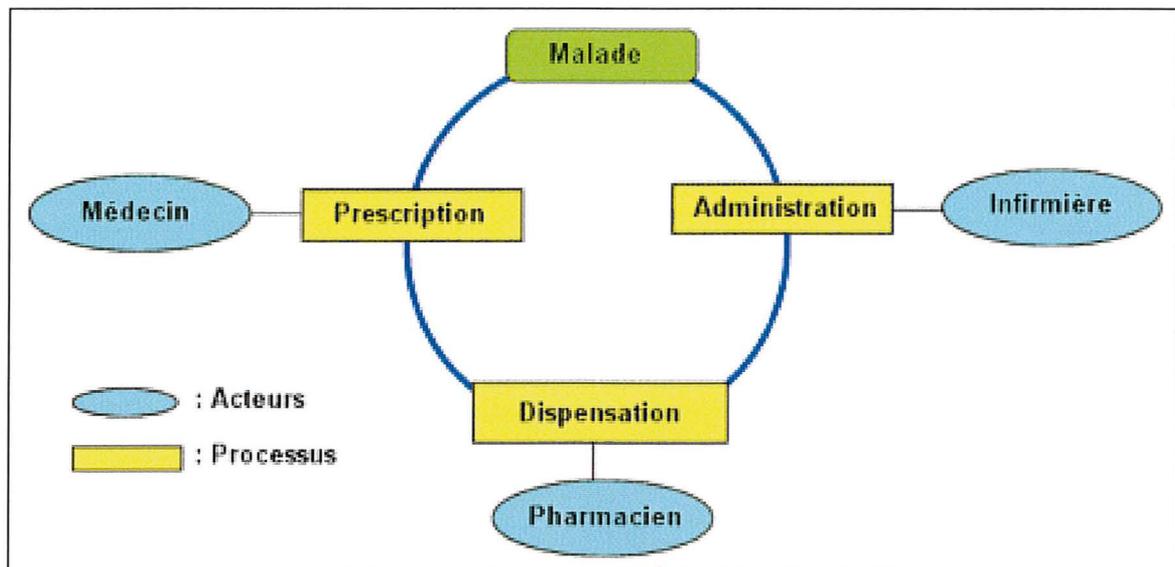


Figure 3: Le circuit du médicament¹⁹

La prescription

Le prescripteur ou médecin en est le principal acteur. On distingue deux types d'erreurs : les erreurs scientifiques et les erreurs techniques.

Les erreurs scientifiques sont définies par une non-conformité aux connaissances scientifiques et médicales actuelles. Les causes peuvent être :

- une erreur de diagnostic
- une inadéquation entre le diagnostic et la prescription
- un non respect des antécédents
- un non respect des contre indications, de l'état physiopathologique
- l'association dangereuse de médicaments, une escalade thérapeutique¹⁴

Les erreurs techniques sont liées :

- à la nature de la prescription (lisibilité, clarté, références à des protocoles)
- au support (origine de la prescription, information sur le patient, informations sur le médicament)
- au suivi de la prescription du médecin (absence d'évaluation et de reconsidération de la prescription par rapport à l'évolution du patient, d'effets indésirables, d'interactions et absence de surveillance thérapeutique et biologique).

Elles restent le plus souvent, la conséquence d'une erreur de formulation écrite.

La dispensation des médicaments

Elle est le plus souvent effectuée par le pharmacien. Les erreurs d'exécution de l'ordonnance sont :

- des erreurs par omission : oubli de consultation de l'historique médicamenteux du patient
- des erreurs de posologie
- des erreurs de fréquences et horaires d'administration : non explication de l'ordonnance, non précision du plan de prise ou des modalités de prise, ainsi qu'une non vérification de l'observance.

L'administration et l'utilisation des médicaments

Réalisée le plus souvent en ambulatoire par le patient, elle peut regrouper :

- des erreurs par omission (oubli de prise)
- des erreurs par administration d'un médicament non autorisé (automédication)
- des erreurs liés à la non application du plan de prise (posologie, fréquence et horaires d'administration)
- des erreurs de voie d'administration (administration au mauvais endroit)
- des erreurs de préparation d'un médicament
- des erreurs de techniques d'administration (utilisation des formes galéniques prescrites).

Le suivi thérapeutique

Les failles dans le suivi concernent l'absence de réévaluation du traitement, de suivi thérapeutique et biologique, la non gestion des effets indésirables, des interactions médicamenteuses, l'absence de contrôle de l'observance. Tous les acteurs énoncés précédemment sont concernés.

1.1.4. Implication du médicament dans la survenue des Evènements

Indésirables Graves

L'implication réelle du médicament dans la survenue d'EIG a donc pu être mise en évidence au cours de l'ENEIS, les erreurs liées aux médicaments concernent près de la moitié des effets indésirables des soins médicamenteux à l'origine d'une hospitalisation et plus d'un

tiers des EIG des soins médicamenteux hospitaliers. Les médicaments représentent l'essentiel des admissions causées par un EIG des soins liés à un produit de santé.

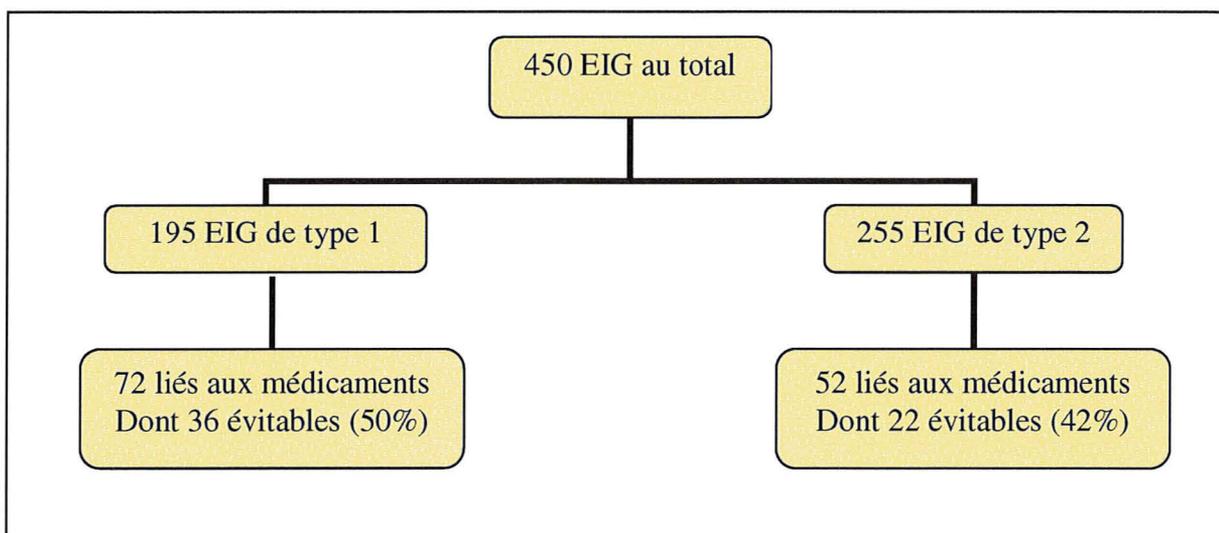


Figure 4 : Résultats de l'ENEIS¹

1.1.5. Classes médicamenteuses en cause

L'étude a permis de dresser un bilan des classes médicamenteuses les plus impliquées dans la survenue d'évènements indésirables médicamenteux graves. Les anticoagulants sont les médicaments les plus cités : ils représentent un tiers des effets indésirables graves des soins médicamenteux, résultant d'erreurs tels qu'un mésusage ou une omission de traitement pour la moitié des cas¹⁷.

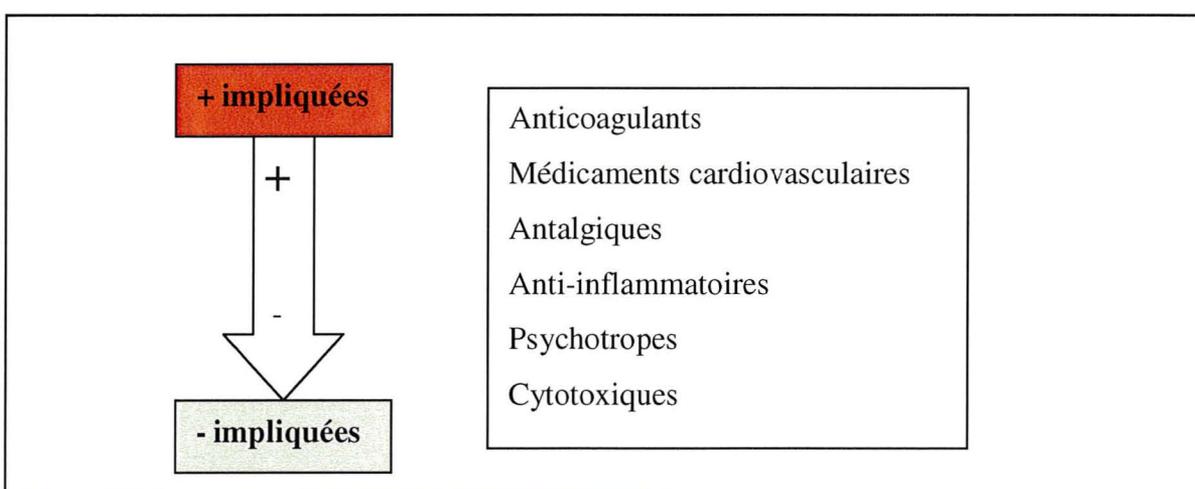


Figure 5 : Classes médicamenteuses impliquées dans les EIG, d'après ENEIS¹

1.1.6. Types de soins concernés

L'étude s'est intéressée aux différents types de soins prodigués aux patients, ainsi qu'à leur implication dans la survenue d'EIG. Quatre types de soins sont différenciés :

- la **prévention** qui vise à éviter la pathologie (ex : prescription d'anticoagulants)
- le **diagnostic** constitué d'ensemble d'actes visant à repérer la maladie (ex : la radiographie)
- la **thérapeutique** formée d'actes traitant la maladie (ex : l'intervention chirurgicale)
- la **réhabilitation** qui doit permettre d'améliorer les conséquences de la pathologie (ex : la kinésithérapie)

D'après l'étude, parmi les 195 EIG de type 1, 151 (78,4%) étaient liés à la phase thérapeutique et 30 (16,8%) à des actes de prévention. Les événements liés à la prévention et au diagnostic étaient majoritairement évitables, contrairement aux événements liés à la thérapeutique.

Les EIG liés à la phase thérapeutique ont été reconnus évitables pour 36 d'entre eux, les erreurs incriminées étaient liés :

- dans 55,3% des cas à des erreurs de surveillance de soins, ou à des erreurs d'administration de produits, ou bien encore à un défaut d'observance de la part du patient,
- à des indications erronées dans 33% des cas,
- à des retards de mise en route du traitement (11,6%).

1.1.7. Progrès émergents

1.1.7.1. Relatifs au système de soins

Assez paradoxalement, compte tenu des progrès de la médecine et de l'organisation des soins, l'iatrogénie globale devrait augmenter : nouvelles technologies émergentes permettant des interventions sur des sujets de plus en plus âgés et fragiles, dont le nombre s'accroît (vieillesse de la population, allongement de la durée de vie...) ; développement des maladies chroniques²⁰.

Par ailleurs, la typologie des risques et leur répartition entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier tendent à se modifier (transfert d'une partie des soins invasifs ou "à risque" du secteur hospitalier au secteur ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), maintien à domicile (MAD), réseaux de soins, chimiothérapie cancéreuse à domicile...)

1.1.7.2. De la part du patient

Le patient doit également devenir un partenaire dans cette lutte pour un changement du système de soins ; ainsi, l'amélioration de la connaissance de son traitement et l'optimisation de l'observance, tend à viser deux objectifs :

- une réduction de l'iatropathologie, à l'origine d'une morbidité connue,
- en aval une diminution des coûts liés à ces accidents thérapeutiques médicamenteux²¹.

Il paraît intéressant d'envisager la façon dont le patient appréhende la connaissance et l'intégration de son traitement, de façon plus ou moins consciente et participative (pouvant s'apparenter à un réel apprentissage), plus particulièrement en ce qui concerne les pathologies chroniques.

Ainsi, depuis quelques années, le patient développe une attitude consumériste face à l'offre de soins, alors considérée comme un service²². On observe de plus en plus de créations d'associations de patients au niveau national et international, qui ont pour objectif de participer activement aux décisions dans le domaine d'organisation de soins et la promotion pour la santé. Les patients sont nettement plus préoccupés par leur santé aujourd'hui que par le passé²³.

Les patients s'informent au sujet de leur pathologie²³, discutent de leur traitement en toutes occasions²³, se posent en tant que partenaires des soignants et veulent être associés aux décisions qui les concernent²⁴. Cette remise en question croissante d'un pouvoir médical absolu et des politiques de santé publique se trouve renforcée par différents événements fortement médiatisés (sang contaminé, amiante, vache folle, médicaments génériques).

Dans le cadre des maladies chroniques, une évolution des modèles de la relation soignant/patient a été décrite : le patient n'est plus objet de soins mais sujet de sa santé, il doit prendre en charge sa santé, son traitement et l'adapter aux différents événements de sa vie quotidienne ; pour cela, il doit acquérir des compétences spécifiques². Cette nouvelle relation conduit à un déplacement de la notion d'observance vers celle de participation et d'activité du patient.²⁵ La prise en compte de cette véritable révolution qui est en train de se mettre en place est essentielle²⁴.

1.2. Contexte économique

1.2.1. Conséquences économiques

Les résultats de l'ENEIS confirment l'importance du problème de santé publique posé par l'iatrogénie médicamenteuse et montrent que celle-ci est en partie. Cette étude n'a pas effectué de chiffrage de l'impact économique des EIG liés aux soins ; seul le nombre de séjours hospitaliers et de journées d'hospitalisation évitables ont été évaluées. Cependant, la fréquence et la gravité des effets indésirables étudiées rendent cet impact économique évident. Pour donner un ordre d'idée, sur base d'une expertise croisée de plus de 4000 séjours hospitaliers, Bates *et al*²⁶ estiment à \$3244 le coût de prise en charge hospitalière d'un événement indésirable médicamenteux. Bordet *et al*²⁷ estiment, dans le contexte français, un coût du même ordre de grandeur, à savoir €4150 par événement. De même, la Domiciliary Medication Management Review (DMMR)²⁸ est une consultation prise en charge par le système de soin australien dans le cadre d'une prescription pour une indication validée (Annexe 1), les honoraires du pharmacien sont de 77€. Il a été prouvé que cette consultation pharmaceutique conduisait à une économie de 11€ par mois et par patient.

1.3. Contexte psychosocial

1.3.1. La santé et le bien être

Jusqu'à la définition de l'OMS en 1946, la santé était principalement abordée par ses dimensions physiques et psychologiques, toujours de façon très normative. Pour avoir la santé, il fallait répondre à certains critères : poids, capacités visuelles, auditives, respiratoires,... En 1946, l'OMS introduit alors la dimension sociale en définissant la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »²⁹.

L'évolution de la santé va ensuite vers un sujet acteur de sa santé. On prend en compte les besoins du sujet, l'histoire individuelle du sujet. C'est ainsi qu'en 1997, le réseau du Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) définit la santé globale comme « *la santé de l'être humain vivant en société, avec ses composantes physiques, psychiques et sociales,*

tenant compte des implications que peuvent avoir sur sa santé, son histoire personnelle et les différentes dimensions sociales, économiques, juridiques et culturelles de ses conditions de vie et de son mode de vie. »

L'éducation pour la santé repose donc sur une vision globale de la santé. A l'instar de l'OMS, la santé est considérée comme une ressource pour agir et non pas seulement comme l'absence de maladie. La diversité des déterminants de la santé est reconnue, qu'ils soient génétiques, psychologiques, sociaux, culturels, économiques, politiques, écologiques.

1.3.2. La maladie chronique, un compromis au quotidien

L'état de « bien être » est assez rarement décrit par les patients souffrant de maladies chroniques et s'il l'est dans certaines occasions, il reste fragile face à l'épuisement moral. Les patients, consciemment ou non, doivent faire de nombreux compromis au quotidien. Ainsi, dans une étude³⁰, on apprend que 27% des personnes interrogées souffrant d'asthme persistant disent ne plus avoir de vie sociale à cause de leur maladie. Cela comprend l'absence d'activités sportives, la non participation à des événements sociaux, ou encore la non fréquentation de restaurants ou bars enfumés par la cigarette.

Près de 9 migraineux sur 10 disent ressentir un impact négatif sur leur qualité de vie³¹, cela comprend un impact sur la vie professionnelle (diminution des performances intellectuelles dans 71% des cas, détérioration de la relation avec leurs collègues 38%), mais aussi sur la vie sociale (détérioration des relations amicales dans 48% des cas, moins bonne appréciation des loisirs, diminution des relations intimes).

Divers sentiments tels que la frustration, l'irritabilité ou bien encore l'anxiété naissent de ces multiples compromis et par conséquent, impactent directement sur la vie professionnelle ou personnelle. Difficile alors de parler d'état de « bien-être » chez un patient chronique.

C'est pourquoi il paraît indispensable d'analyser au cours d'une démarche éducative le ressenti du patient et son jugement par rapport à son état de santé.³⁰

1.3.3. Représentations du patient

La santé se définit pour chaque individu selon ses propres critères, en fonction de l'idée qu'il se fait de la « bonne santé », dans un contexte socioculturel donné. Cette conception personnelle est ce que l'on nomme une représentation.

Les représentations du patient influent directement sur son comportement, il est donc important pour le soignant de les analyser. Selon Moscovici, les représentations constituent « *le champ des communications possibles, des valeurs ou des idées présentées dans les visions partagées par des groupes, et règlent par la suite, les conduites désirables ou admises* »³².

Cette définition fut par la suite reprise par d'autres auteurs, ainsi pour Seca les représentations sont « *le système de savoirs pratiques (opinions, images, attitudes, préjugés, stéréotypes, croyances) générés en partie dans des contextes d'interactions inter individus et/ou intergroupaux* »³³. Enfin, Abric définit une représentation comme une « *vision fonctionnelle du monde qui permet à un individu de donner un sens à ses comportements et de comprendre la réalité à travers son propre système de références. Elle est un guide pour l'action, elle oriente les actions et les relations sociales. Elle est un système de précodage de la réalité car elle détermine un ensemble d'anticipation et d'attentes* »

Le soignant doit ainsi initier une relation qui permette au patient d'exprimer et de prendre conscience de ce qu'il croit et de ce qu'il sait. Il s'agit d'une démarche active pour que le patient puisse intégrer son affection et son traitement dans sa vie quotidienne.³⁴

1.3.4. Le modèle des croyances de santé

Le modèle des croyances de santé («Health Belief Model » ou HBM) est un modèle psychologique qui tente d'expliquer et de prédire les comportements de santé des individus à partir de leurs attitudes et de leurs croyances. Il permet de cerner les grands axes qui participent à une action de santé chez un individu³⁵.

De plus, il permet de comprendre le comportement que peut adopter un malade chronique face à sa maladie ; plus précisément, il va permettre de saisir les raisons que peut avoir une personne de suivre ou ne pas appliquer son traitement³⁵.

Ce modèle repose sur 4 croyances, les 2 premières sont relatives à la maladie et à la santé et les 2 autres sont relatives aux traitements.

Tableau III : Les quatre postulats du modèle des croyances de santé d'après A. Lacroix³⁶

Pour accepter de se traiter et pour persévérer dans l'application de son traitement, un patient doit :

- 1- Etre persuadé qu'il est bien atteint par la maladie
- 2- Penser que cette maladie et ses conséquences peuvent être graves pour lui
- 3- Penser que suivre son traitement aura un effet bénéfique
- 4- Penser que les bienfaits du traitement contrebalancent avantageusement les effets secondaires, les contraintes psychologiques, sociales et financières engendrées par ce traitement.

Les croyances concernant la santé et la maladie sont à considérer comme des représentations ou des conceptions ayant une incidence directe sur la détermination du patient à adopter tel ou tel comportement. Ce modèle a la particularité d'être systémique en ce sens que les postulats sont interdépendants. Ils doivent être tous acceptés par le patient ; si un seul postulat est refusé, cela peut entraîner des négligences, un refus, voire un abandon du traitement³⁵.

Le modèle des croyances de santé a montré son intérêt notamment dans les domaines de l'asthme, de l'hypertension, du cancer et du diabète^{37, 38}.

La gestion quotidienne d'une maladie au long cours implique que le patient contrôle lui-même directement sa maladie. Cette prise en charge par la personne elle-même n'est possible que si celle-ci intègre la notion de contrôle³⁵.

Ecouter et analyser les positions du patient par rapport au modèle des croyances de santé et ses représentations sont deux étapes essentielles pour comprendre dans quel état d'esprit se trouve ce dernier par rapport à sa pathologie, avant même de débiter toute démarche éducative²⁴.

1.4. Contexte juridique

L'éducation pour la santé s'inscrit aujourd'hui dans une politique de promotion de la santé à travers diverses mesures. Elle tend à devenir une véritable responsabilité collective, tant par l'implication de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qu'avec le plan national d'Education pour la santé (PNEPS) et le Guide d'accréditation des hôpitaux de l'ANAES.

1.4.1. Implication de l'Organisation Mondiale de la Santé

La charte d'Ottawa³⁹ a été une des premières mesures officielles plébiscitant la promotion de la santé. Elle encourage la mise en place de politiques de santé adaptées permettant de donner aux individus les moyens de maîtriser davantage leur santé.

La Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé réaffirme également cette idée et souligne diverses priorités :

- inviter les gouvernements à aider les réseaux de promotion de santé à se créer ;
- sensibiliser sur l'évolution des déterminants de santé (éléments observés dont on estime qu'ils ont une influence sur la santé) ;
- soutenir le développement de la collaboration et la mise en place de réseaux pour le développement de la santé ;
- mobiliser des ressources en faveur de la promotion de la santé ;
- accumuler les connaissances sur les meilleures pratiques ;
- promouvoir la solidarité dans l'action ;
- favoriser l'apprentissage en commun ;
- encourager la transparence et la responsabilité publique en promotion de la santé⁴⁰.

1.4.2. Le Plan National d'Education Pour la Santé et le Schéma Régional d'éducation pour la santé

Le Plan National d'Education Pour la Santé (PNEPS) proposé le 28 Février 2001, par Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé au conseil des ministres réaffirme l'enjeu politique de l'éducation pour la santé.

Ce plan comporte trois axes :

- 1 - la mise en place d'un service public d'éducation pour la santé,
- 2 - le développement de la formation et le développement de la recherche,
- 3 - la valorisation de l'éducation thérapeutique.

Il a pour objectif général de permettre à chaque citoyen d'avoir accès à une éducation pour la santé de qualité.

La circulaire du 22 octobre 2001 présente le projet d'élaboration du Schéma Régional d'éducation pour la santé (SREPS) qui a pour rôle de développer comme le PNEPS, une culture d'éducation pour la santé à partir de concepts validés et partagés. Le SREPS a pour vocation de rassembler et faire rencontrer les acteurs de l'ensemble du territoire dans un souci d'amélioration de la qualité des programmes et actions mises en place pour l'éducation thérapeutique⁴¹.

1.4.3. L'éducation thérapeutique du patient : critères de qualité selon l'ANAES

Dans son guide d'accréditation des Hôpitaux visant à s'assurer de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients dans les établissements de santé ; l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) désigne l'éducation patient comme un critère de qualité⁴². Cette dernière semble déjà avoir trouvé sa place au sein des hôpitaux puisqu'en 1999, une enquête nationale sur les pratiques d'éducation du patient dans les hôpitaux montre que 91% des répondants déclarent avoir au moins un programme d'éducation du patient, avec une moyenne de plus de quatre actions par hôpital, dont 72% des actions concernent des maladies chroniques⁴³.

Quatre-vingt treize pourcents des responsables hospitaliers considèrent d'ailleurs que l'éducation du patient est un domaine prioritaire et 39% d'entre eux affectent un budget spécifique à son développement.

1.4.4. Les initiatives dans le domaine de l'Education Thérapeutique du Patient

Des recommandations pour l'éducation de patients atteints de maladies chroniques ont été élaborées par l'ANAES, plusieurs expériences voient désormais le jour et sont soutenues par des appels à projets (Circulaire 2002)⁴⁴.

L'inscription au développement de l'éducation du patient au Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) Rhône-Alpes 1999-2004 a abouti à la création d'une base de donnée des actions disponibles sur Internet¹. Le site Internet est un outil mis en place au service des soignants investis dans des projets d'éducation patient en région Rhône-Alpes. Initialement constitué autour d'actions développées à l'hôpital, il s'est élargi aux actions réalisées en ambulatoire par les réseaux de santé, les centres d'examen de la santé et les associations de patients. Il permet de mettre en relation les acteurs de santé pour faciliter l'échange de compétence⁴⁴.

Dans le cadre du SREPS, le groupe de travail spécifique à l'éducation thérapeutique du patient a émis un certain nombre de recommandations parmi lesquelles figure la mise en place de la formation des acteurs de terrain.

Les initiatives nationales, régionales et locales ne cessent de se développer, toutefois le manque de structuration et l'absence de reconnaissance budgétaire de l'ET maintiennent cette activité dans une absence de visibilité et une fragilité importante⁴⁴.

2. L' Education Thérapeutique

La démarche éducative auprès de personnes en traitement médicamenteux de longue durée menée par des professionnels de santé, n'existe en France de manière structurée que pour quelques affections chroniques, notamment l'asthme et le diabète, affections « prototypes » qui ont fait l'objet d'études contrôlées visant à apprécier les bénéfices de l'éducation patient⁴⁵.

¹ Site Internet disponible sur www.ephora.fr, consulté en Octobre 2006

Cette éducation patient regroupe en fait plusieurs concepts et doit être réalisée en respectant certains critères de qualités par un personnel qualifié.

2.1. Définition de l'Education du patient

Il n'existe pas de définition unique de l'éducation du patient. De façon théorique, le terme générique " éducation du patient " recouvre trois niveaux d'activités, lesquels, dans la pratique courante, peuvent s'intriquer. On distingue : l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et l'éducation thérapeutique du patient⁴⁶.

2.1.1. L'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé regroupe un ensemble d'interventions (actions éducatives de proximité, actions de communication, information des publics, élaboration d'outils pédagogiques et formation des professionnels) qui ont pour objectif de renforcer les compétences de la population à opérer des choix favorables pour sa santé. D'une manière générale, l'éducation pour la santé s'attache à donner des repères éducatifs aux individus, à développer leurs compétences psychosociales et à renforcer chez eux le sentiment de valorisation et d'estime de soi.

Elle s'inscrit donc dans une perspective de promotion de la santé, œuvrant à préserver et à développer ce capital de ressources⁴⁷.

2.1.2. L'éducation du patient à sa maladie

L'éducation du patient est un processus par étapes, intégré dans la démarche de soins. Ce processus comprend un ensemble d'activités organisées, de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale ; concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et les procédures hospitalières, les comportements de santé et ceux liés à la maladie. Toutes ces activités sont destinées à aider le patient (et sa famille) à comprendre la maladie et les traitements, à collaborer aux soins, à prendre en charge son état de santé, et à favoriser un retour aux activités normales⁴⁸. L'éducation du patient à sa maladie se situe cette fois-ci en aval du déclenchement de la maladie et s'adresse aux patients chez qui la maladie

est déjà présente. Elle concerne les comportements de santé liés à la maladie, au traitement, à la prévention des complications et des rechutes ainsi qu'à l'impact que la maladie peut avoir sur d'autres aspects de la vie⁴⁹.

Il faut viser à une autonomisation du patient dans le cas où celle-ci est acceptable et bénéfique pour sa santé mais celle-ci doit être progressive et respectueuses des désirs et des capacités de la personne et de son environnement⁵⁰.

2.1.3. L'Éducation Thérapeutique du Patient

L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) se définit selon la Direction Générale de la Santé (DGS) comme une éducation s'adressant aux personnes malades et à leur entourage. Elle consiste à « *l'apprentissage d'un ensemble de pratiques visant à permettre l'acquisition de compétences, afin que le patient puisse prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins, sa surveillance, en partenariat avec les soignants* »⁵⁰.

La définition de l'OMS en 1998, est la suivante :

« L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. La formation thérapeutique du malade comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage du traitement, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement.

*La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants. L'objectif étant que le malade acquiert un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. »*⁵¹

L'ETP se définit, selon l'OMS, en quatre axes:

- 1 - L'acquisition par le malade de compétences pour gérer la maladie au quotidien ;
- 2 - L'accompagnement du malade tout au long de sa maladie par une formation continue intégrée dans les soins ;
- 3 - Le centrage de cette éducation sur le malade par la sensibilisation, l'information et la formation sur le traitement en associant un soutien psychologique ;
- 4 - L'implication de l'entourage dans la maladie et le traitement tout en favorisant la coopération avec les soignants⁵².

2.2. Les raisons de la mise en place d'une éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique est devenue aujourd'hui une nécessité du fait :

- de l'accroissement du nombre des malades chroniques ;
- de la mauvaise observance des prescriptions diminuant de ce fait l'efficacité de la prise en charge thérapeutique. Cette inobservance induit la survenue de complications aiguës ou chroniques de la maladie causale et fait courir un risque de complications liées au traitement lui-même ;
- de l'évolution des attitudes et comportements des patients vis-à-vis de la santé et des professionnels de santé : difficultés face à une diffusion incontrôlée des connaissances médicales, demande d'informations et de participation aux décisions médicales le concernant, acquisition de droits (droits des patients ou droits des usagers), émergence d'une « citoyenneté de santé »⁵³ ;
- des effets indésirables imputés aux traitements, rendant indispensable la participation active du patient à la prise en charge de sa maladie.

Tout patient atteint de maladie chronique se trouve devant le défi de prendre en main lui-même son traitement. Une compréhension de sa maladie et son évolution, la gestion de celle-ci par une mesure des paramètres biologiques, ou la connaissance de son traitement sont autant de paramètres que le patient devra acquérir. Il se trouve alors confronté à un processus d'acceptation de sa maladie. La maîtrise de ces divers paramètres lui permettra de conserver une autonomie, ses projets, sa carrière, et ses passe-temps favoris⁵⁴.

L'ETP vise donc à aider le patient et son entourage à « *comprendre la maladie et le traitement, à mieux collaborer avec les soignants et à maintenir ou améliorer sa qualité de vie* » en l'aidant dans sa gestion quotidienne de la maladie.⁵²

2.3. Les dispensateurs de soins dans l'Education thérapeutique du patient

2.3.1. Place du pharmacien dans l'Education Thérapeutique du Patient

2.3.1.1. L'éducation du patient, un des devoirs du code de la déontologie du pharmacien

Selon le code de la déontologie, l'éducation du patient par le pharmacien fait partie intégrante des rôles du pharmacien d'officine:

ART.R.5015-3 du code de la déontologie des pharmaciens :

« Le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. »

Cet article ne précise pas le rôle spécifique du pharmacien dans l'ETP, il définit cependant clairement le rôle global d'éducation du pharmacien d'officine au sein de la communauté comme acteur de santé.

La nouvelle convention du 11 juillet 2006 signée entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine et l'Union nationale des pharmacies de France, conforte le rôle du pharmacien en tant que professionnel de santé grâce aux conseils et aux informations que ce dernier prodigue, et à l'accompagnement ou au suivi thérapeutique qu'il accorde aux patients. Il y est également souligné qu'une recherche permanente de la qualité de la dispensation pharmaceutique repose sur certains éléments dont :

- l'incitation de l'observance au traitement ;
- la prévention des incidents ou accidents iatrogènes ;
- la prodigalité de conseils de prévention ;
- le développement de l'ETP ;
- l'exercice de cette dispensation en coordination avec les autres professionnels de santé.

2.3.1.2. La vision du pharmacien sur ce rôle d'éducateur

Selon une étude Ipsos menée en janvier 2006, 77% des pharmaciens officinaux estiment que leur rôle en tant qu'éducateur de santé fait « tout à fait » partie de leur profession (Figure 6). Cela va dans le sens des attentes des patients qui sont de plus en plus nombreux à les interroger sur des pathologies lourdes et chroniques comme le diabète ou le cancer⁵⁵. Morrow *et al* signale que 78 % de la communauté des pharmaciens est d'accord avec l'idée que l'éducation pour la santé devrait faire partie de leur rôle et 53 % d'entre eux signalent que leurs clients/patients s'attendent à recevoir des informations de la part de leur pharmacien⁵⁶.

Les pharmaciens estiment posséder les moyens nécessaires à la réalisation d'une éducation santé mais dénotent un manque de disponibilité. Pour les patients par contre, le pharmacien est reconnu comme apte à réaliser une éducation, mais ce dernier doit rester cantonné à un rôle d'information, de conseil et d'accompagnement autour du médicament dont il est le spécialiste⁵⁵.

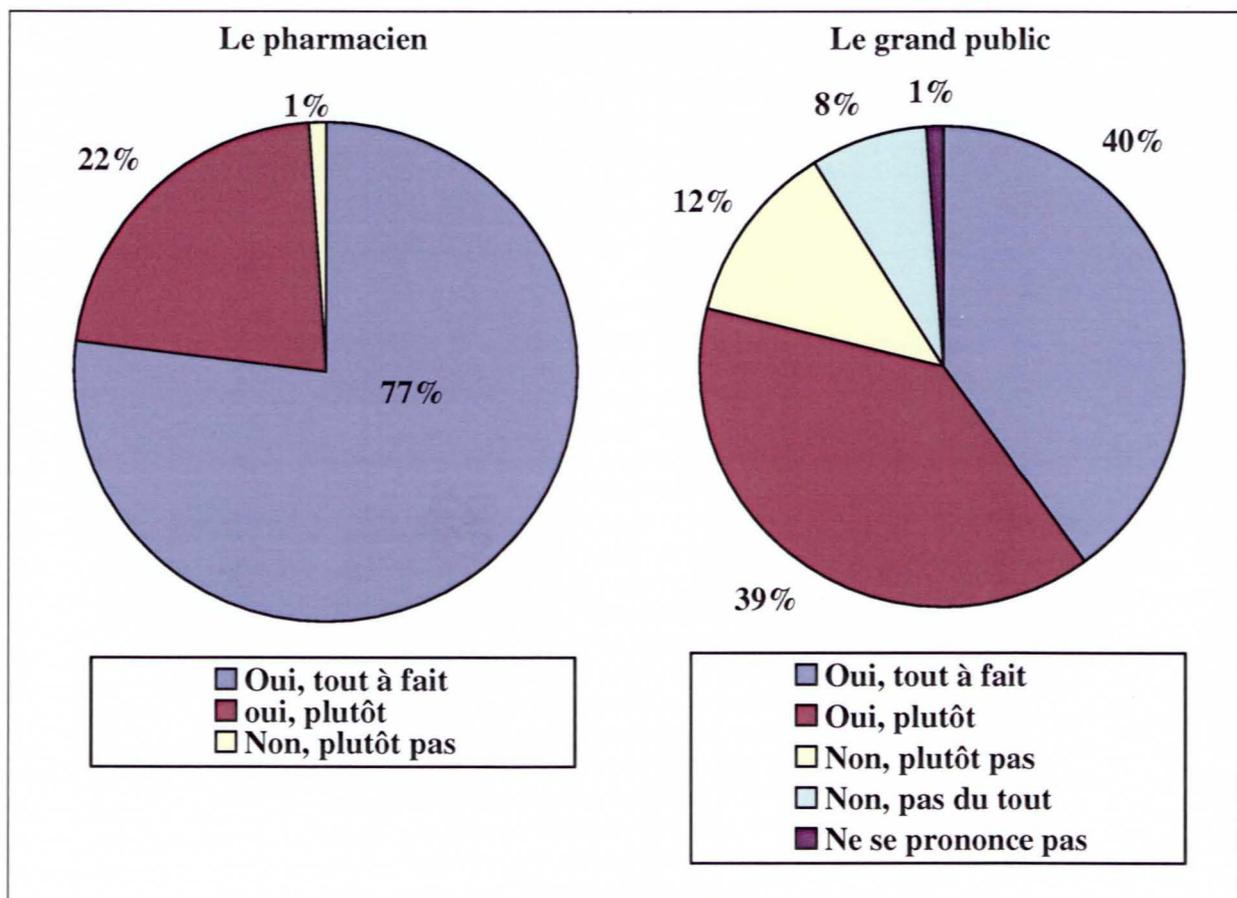


Figure 6 : L'éducation santé fait-elle partie du rôle de pharmacien ?⁵⁵

2.3.1.3. Pharmacien, un éducateur de santé

Ce qui caractérise le mieux les compétences du pharmacien est sa pluridisciplinarité qui prévaut tant par sa formation (sciences physico-chimiques, sciences biologiques, pharmaco-toxicologique...) que par la diversité de son exercice professionnel (officine, hôpital, biologie, industrie). De fait, le pharmacien est particulièrement préparé à être un acteur majeur de santé publique et que la pharmacie constitue déjà un véritable service de santé public de la santé⁵⁷. D'après l'étude de O'Loughlin et Hunter, le rôle des pharmaciens ne se limite pas strictement à l'unique distribution de produits médicamenteux, mais à un rôle beaucoup plus élargi « d'informateur » et de « conseiller » afin de faciliter et augmenter l'adhésion du patient face à la prise (et au respect) du traitement prescrit^{58,59}.

De part ses connaissances et sa proximité, le pharmacien a toujours été naturellement considéré comme un « *pilier de la santé publique* » ainsi qu'un « *éducateur naturel du public* ». Dans des pays comme l'Irlande, l'Angleterre, la Suède, le Danemark, etc...., l'information ou l'éducation pour la santé font « traditionnellement partie du rôle du pharmacien au sein de la communauté ». ⁵⁶ En Finlande par exemple, le Programme « Diabète » destiné aux pharmacies (DPP) est un programme qui complète le Programme de développement pour la prévention et la prise en charge du diabète (DEKHO). Le Programme DEKHO, organisé au plan national par l'Association finlandaise du Diabète, a pour but de répondre à l'accroissement de l'incidence du diabète de type II. Les pharmacies collaborent donc avec les autres dispensateurs de soins de santé et les groupes de patients pour établir les meilleures pratiques. Ce projet a pour but d'assurer une formation continue concernant le diabète dans les pharmacies, de dresser un rapport annuel et d'établir un système de suivi normalisé sur une base annuelle. Il vise également à promouvoir un traitement plus efficace pour le diabète de type II, en mettant l'accent sur la prévention de la maladie et en intégrant la prise en charge du diabète dans la pratique quotidienne des pharmaciens⁶⁰.

2.3.1.4. Spécificité du pharmacien dans l' Education Thérapeutique

Patient

Le rôle éducatif du pharmacien ne peut être abordé de la même manière que celui des autres soignants. Dans les lieux de vie des patients, les pharmaciens jouent un rôle préventif important. Ils sont les plus consultés, voient les patients parfois plus souvent que les autres

soignants et notamment au moment de la délivrance des médicaments, moment privilégié pour l'information et l'éducation au bon usage⁶¹.

Premier référent de santé consulté et confident neutre, le pharmacien représente proximité, présence, permanence et disponibilité⁶⁶. Il semble nécessaire de mettre en avant que le pharmacien est le seul professionnel de santé de niveau bac⁺⁶ accessible à l'ensemble de la population sans rendez-vous tout au long de l'année et qui délivre des conseils personnalisés⁶². Cette proximité avec le patient et ses compétences confère au pharmacien un rôle particulier dans la prévention ou encore le traitement des maladies chroniques. Son rôle s'effectue à plusieurs niveaux : intermédiaire entre les professionnels de santé et les patients, le pharmacien informe, explique ou clarifie des propos mal interprétés ; place d'intermédiaire entre les pouvoirs publics et la société, il prodigue des conseils de prévention et de dépistage; enfin il représente, avant le SAMU ou les urgences, le premier recours aux soins⁶⁶. Cette proximité et accessibilité constituent d'ailleurs un potentiel face à la pénurie démographique médicale.

L'ETP consiste actuellement, dans le cadre de l'officine, à expliquer les prescriptions et les posologies des médicaments, à promouvoir le bon usage des médicaments et produits pharmaceutiques, à expliquer et informer sur la maladie et les traitements, soutenir et accompagner humainement le patient, et enfin intervenir dans la gestion des crises. Le pharmacien est reconnu comme un conseiller de référence pour l'usage des médicaments. Il établit une passerelle entre des savoirs et leurs applications dans des gestes et des comportements quotidiens.⁶⁶ Il est amené dans son activité quotidienne à effectuer.

Des actions d'évaluation pharmaceutique :

- vérifier la prescription avant de l'honorer ;
- évaluer l'attitude du patient vis-à-vis du traitement notamment par une évaluation de son observance et de ses représentations des médicaments car ceci permet d'orienter les propos du pharmacien pour aboutir à une meilleure observance des patients⁶³ ;
- notifier les effets indésirables dans le cadre de la Pharmacovigilance⁶⁴ ;
- orienter le patient si besoin vers un professionnel de santé complémentaire⁶⁴.

Des apports de connaissances :

- écouter les patients et répondre à toute question relative aux médicaments ;

- dispenser des conseils sur la prise des médicaments et aider les patients à intégrer leur traitement au quotidien afin de participer à l'amélioration de l'observance ;
- superviser l'apprentissage des outils de surveillances (tensiomètre, lecteur de glycémie,...) et des formes et dispositifs médicaux (patchs, stylos à insuline, sprays aérosols...) dans le but d'obtenir une autonomie du patient⁶⁶ ;
- apporter des notions suffisantes sur la pathologie et le rôle de chaque médicament ;
- apporter des notions nécessaires sur l'adaptation de la prise de médicaments quelles que soient les circonstances sur les signes d'alertes et les moyens de réagir⁶⁶.

Des aides à la prise de décision :

- négocier avec la personne des actions possibles pour améliorer son état dans son contexte de vie (ex : arrêt du tabac dans le cas de l'asthme ou de l'insuffisance cardiaque).

Le patient reste le principal « gérant » de l'administration de son traitement, l'efficacité de ce dernier dépend alors de sa participation active⁶⁵.

2.3.1.5. Pharmacien, collaborateur dans un « projet thérapeutique »

Les actions éducatives propres au pharmacien ne peuvent s'élaborer que dans la conscience d'appartenir et de collaborer à un réseau pluridisciplinaire et synergique, centré sur le patient et constitué de professionnels de santé et de personnes proches de ce dernier⁶⁶.

Le pharmacien vient ainsi renforcer et étendre l'éducation du patient initiée par le médecin, évaluer ses connaissances et clarifier ses doutes, afin d'assurer l'observance du traitement. Le pharmacien joue alors un rôle clé, aux côtés du médecin, pour donner progressivement à la prescription médicale une allure de « projet ». Cette notion de « projet thérapeutique » est centrale dans la construction d'une adhésion du malade à son traitement.

Respectant l'idée d'un projet thérapeutique, le pharmacien doit alors clairement se présenter comme un partenaire compétent et compréhensif de la personne au seuil de cette nouvelle vie⁶⁶. Le pharmacien abordera de nouveau le diagnostic et les traitements, dans la perspective d'un ajout ou de la répétition d'informations scientifiques et médicales, mais aussi pour offrir une écoute compréhensive, pour entendre les mots et les termes utilisés par le patient, ainsi que son ressenti immédiat. Dans ce sens, le pharmacien se plaçant du côté du traitement (le médecin du côté de la maladie), peut apporter un éclairage différent et particulièrement dynamisant⁶⁶.

Le pharmacien représente également un excellent intermédiaire pour repérer le niveau d'adhésion du traitement et le stade d'acceptation de celui-ci (et donc de sa maladie)⁵⁹, les changements de mode de vie, les nouvelles pathologies, les altérations de l'état général qui pourrait nécessiter une adaptation du traitement par le médecin (posologie, etc.)⁶⁶.

Ainsi, lors de pathologie chronique, le pharmacien représente un interlocuteur privilégié et joue un rôle d'accompagnateur et de soutien tout en veillant à ne pas se substituer aux autres professionnels de santé.

2.3.2. Les autres acteurs de santé

Tous les professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques doivent pouvoir participer au projet d'éducation thérapeutique :

- **les soignants** (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, podologues, dentistes, etc.). Ces derniers doivent être formés à dispenser une éducation thérapeutique.
- **les non soignants** (patients, travailleurs sociaux, association de patients)⁵⁰.

Chaque éducateur, avec ses spécificités liées à sa profession, est chargé de faciliter l'implication du patient dans sa maladie, en lui donnant les moyens de devenir lui-même acteur de son ETP⁶⁰.

2.4. Les participants

Les pathologies en cause sont souvent asymptomatiques en dehors de leurs manifestations initiales, mais elles nécessitent au quotidien de la part des patients une adhésion étroite aux diverses modalités du traitement et de la surveillance (prise de médicaments, suivi de régime, auto-surveillance de paramètres biologiques, etc.) afin d'éviter la survenue de complications⁶⁷.

Selon la DGS les patients sont répartis en trois classes, correspondant à des besoins de prises en charge différents⁵⁰. Cette répartition en trois classes mérite probablement des adaptations en fonction de la pathologie.

- La classe 1 correspond aux patients stabilisés, ne nécessitant pas un traitement trop lourd de leur maladie. Leur prise en charge vise à leur permettre d'acquérir une connaissance de la

maladie, une formation à la nutrition, à une hygiène de vie, une information aux droits du patient en rapport à leur pathologie. L'éducation a pour objectif de rendre le patient acteur dans la surveillance de sa pathologie ;

- La classe 2 est représentée par des patients ayant des besoins spécifiques qui complexifient l'éducation thérapeutique, le contenu de l'éducation doit alors être différencié ;
- La classe 3 est constituée de patients présentant un déséquilibre marqué de la maladie, une décompensation, de découverte de la maladie, ou des complications liées à une non observance des recommandations formulées, ou survenant malgré le suivi des préconisations antérieures⁵⁰.

2.5. Structures et organisation de l'éducation thérapeutique du patient

L'ETP est un processus par étape intégré dans la démarche de soins, à l'intention du patient et/ou de son entourage⁶⁸.

Tout le monde s'accorde sur la nécessité de mettre l'éducation thérapeutique à portée de tous les patients et de tous les professionnels de santé volontaires. Il est souhaitable que son développement soit équitable notamment entre ambulatoire et hôpital avec si possible un partage des moyens⁵⁰.

Les promoteurs sont quant à eux les organisateurs des programmes d'ETP. Ils cadrent et organisent toute activité liée à l'ETP. Plusieurs promoteurs existent :

- **les structures hospitalières** : des services ou des unités transversales. Elles portent le nom d'Unité de Prévention et d'Éducation (UPE), ou de Comité Hospitalier d'Éducation pour la Santé et de Prévention (CHESP). Ces structures existent déjà dans quelques hôpitaux français.
- **les réseaux**, définis comme une coordination formalisée, sur un terrain donné, de professionnels de santé et/ou de tous les intervenants sur le parcours d'un patient dans le cadre de sa prise en charge médico-sociale ou de coopération de ces mêmes professionnels autour du patient⁶⁹, afin de :

- établir des objectifs communs et concrets, orientés vers l'amélioration de la prise en charge du patient ;
- optimiser l'accès aux soins de l'ensemble de la population ciblée ;
- accroître la compétence individuelle et collective des intervenants et des partenaires du réseau ;
- être un lieu d'observation et d'évaluation de santé publique (par exemple pour dépister et mieux comprendre) ;
- faciliter et simplifier la pratique quotidienne de chaque intervenant.

Les objectifs des réseaux visent donc à l'accès aux soins, la coordination, la continuité, l'interdisciplinarité des prises en charge, l'éducation à la santé, la prévention, le diagnostic et le soin. Ces nombreux objectifs montrent la globalité attendue du dispositif⁷⁰.

Plusieurs types de réseaux de santé sont formés, selon leur orientation vers la médecine libérale ou la médecine hospitalière. On parle ainsi de réseaux ville-hôpital, de réseaux inter hospitaliers ou de réseaux de soins libéraux⁶⁰.

D'autres structures existent également : les associations de patients ; les associations de santé ; les maisons de santé ; les institutions.

2.6. Compétences attendues en Education Thérapeutique

2.6.1. Compétences attendues des éducateurs

Le professionnel de santé doit organiser les soins autour du patient, c'est-à-dire adopter une approche centrée sur ce dernier. Il doit « *rentrer dans le monde du patient et voir la maladie par ses yeux* ». Pour cela, il doit tout d'abord analyser les notions que l'apprenant possède avant de débiter une quelconque information puis savoir « *accepter le savoir provisoire de l'apprenant afin de commencer à négocier avec lui un sens nouveau* »⁷¹.

L'ETP doit donc être menée comme un véritable apprentissage en continu de la maladie et du traitement en facilitant l'accès aux connaissances par le patient.⁶⁶

La Figure 7 illustre les compétences attendues des soignants en ETP

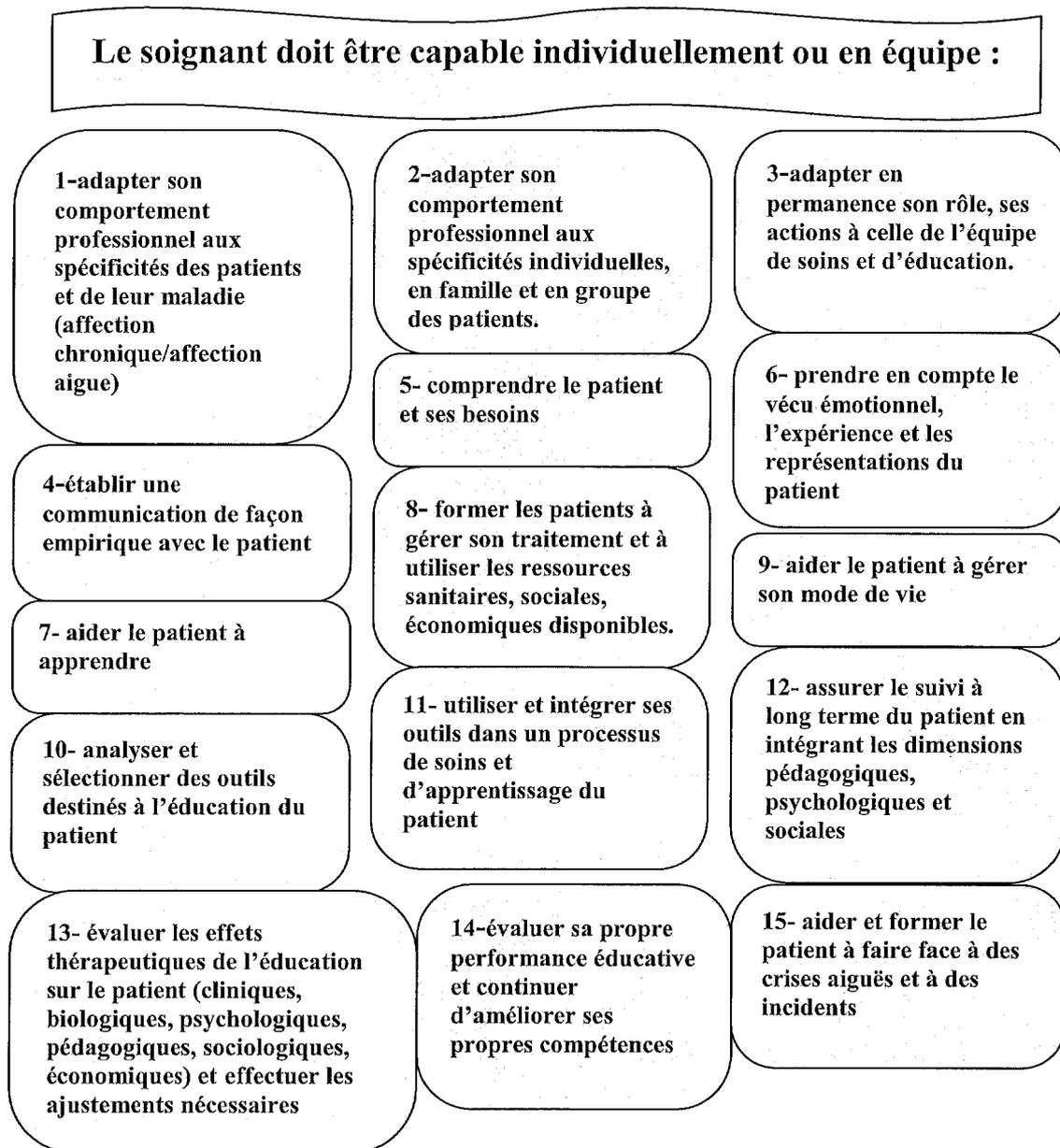


Figure 7 : Compétences attendues des soignants en éducation thérapeutique du patient⁵²

2.6.2. Compétences attendues du patient

Le patient doit devenir, au cours de cette formation un véritable « acteur de sa santé ». Pour cela, il doit tout d'abord acquérir les connaissances intellectuelles (SAVOIR) nécessaires à la compréhension de sa maladie et de son traitement puis acquérir également des compétences ou connaissances gestuelles (SAVOIR-FAIRE) qui lui permettront de gérer au quotidien sa maladie et enfin d'apprendre à maîtriser ou communiquer avec autrui (SAVOIR-

ETRE) tout événement imprévu⁷². Finalement pour être efficace, l'ETP doit impliquer le patient dans la démarche éducative d'optimisation thérapeutique.³⁵

En février 2002, les groupes Nomenclature de la Caisse Nationale Assurance maladie des Travailleurs sociaux (CNAMTS), du Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé (PERNNS), et de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) ont proposé une typologie descriptive de l'activité d'ETP en groupe, dans le cadre de la prise en charge de l'asthme et du diabète.

Deux axes sont mis en avant⁷³ :

- Le premier axe décrit les compétences à acquérir par le patient au cours du programme éducatif, la durée moyenne nécessaire à l'acquisition d'une compétence, et la qualité des intervenants. Cet axe insiste sur le fait que l'acquisition d'une compétence doit se faire de manière progressive, sur plusieurs sessions et que les modalités de planification sont variables et dépendantes du patient. Plusieurs compétences à acquérir sont citées :
 - **intelligibilité de soi et de sa maladie**, afin de permettre au patient de comprendre l'origine de sa maladie, son évolution, ses complications, les principes et la logique du traitement, les conséquences du traitement sur la maladie ;
 - **maîtrise des gestes techniques d'auto surveillance et d'auto traitement** ;
 - **compétence d'auto-diagnostic**, le patient devant être capable de connaître et reconnaître des prodromes et d'analyser des situations ;
 - **compétence d'auto-gestion d'une crise**, le patient devant connaître et savoir appliquer un protocole d'urgence en situation critique ;
 - **compétence d'adaptation de son cadre et de son mode de vie à la maladie**, le patient étant ici amené à réaménager sa vie, son environnement, adapter son traitement à son mode de vie dans la perspective de parvenir à un équilibre entre sa vie et le contrôle de sa maladie ;
 - **compétence d'auto-adaptation** à une modification des conditions de vie, à l'évolution des thérapeutiques ; le patient doit gérer les changements, intégrer les nouveaux traitements ;
 - **utilisation des ressources d'aide et d'accompagnement du système de soins et de la société** ; cette compétence à la dimension sociale permet au patient de savoir rechercher l'information utile, connaître les associations de malades, etc.

- Le second axe fait mention des circonstances de recours à une éducation thérapeutique. Il y est souligné l'importance d'inscrire cette éducation dans le long terme et la nécessité de répéter les programmes éducatifs à l'occasion d'évènements favorables. Trois grandes occasions ont été décrites⁷³ :

- la **prise en charge initiale**, intervenant dans la première année suivant le diagnostic de la maladie est destiné à faciliter l'acquisition par le patient des huit compétences décrites précédemment ;
- le **suivi éducatif**, réalisé dans l'année qui suit une éducation initiale dont les objectifs ont été acquis. Il permet de maintenir, d'améliorer et d'actualiser les compétences déjà acquises ;
- la **reprise éducative**, entreprise lorsque des compétences n'ont pas été acquises, ou bien lors d'une complication. Elle permet alors d'acquérir ou de réacquérir des compétences.

Le second axe est résumé dans la figure ci-dessous :

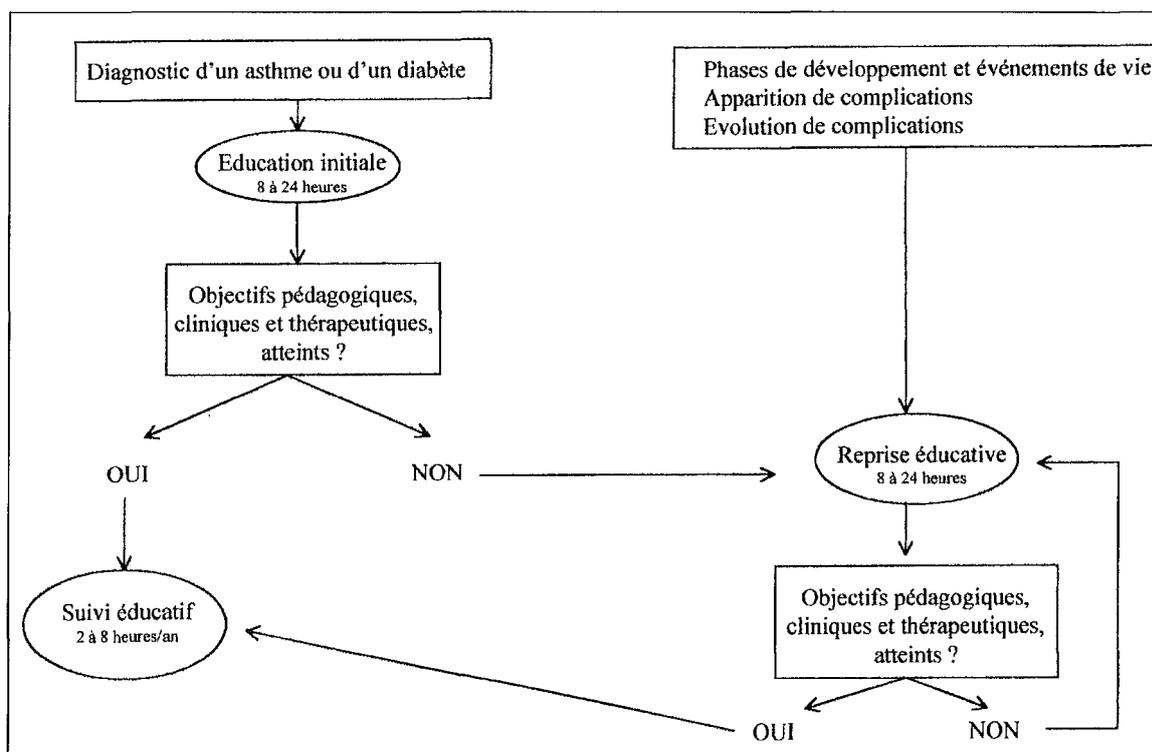


Figure 8 : Le second axe de l'éducation thérapeutique, d'après la CNAMTS, DHOS et PERNNS⁷³

2.7. Les étapes d'une démarche éducative

La démarche d'éducation nécessite des informations et des méthodes pédagogiques afin d'apporter au patient des outils, des connaissances et des compétences pour gérer sa pathologie au quotidien. Les techniques d'échanges sont diverses et peuvent être utilisées tour à tour en fonction des besoins (écoute active, échanges interactifs, supports pédagogiques divers).

2.7.1. Les techniques de communication

Le suivi éducatif doit reposer sur des techniques de communication appropriées et la création de conditions de dialogue permettant de mettre en place une relation de confiance :

- **l'écoute active** : avoir une attitude encourageante, non culpabilisante, faire preuve d'empathie, être attentif au langage verbal et non verbal, être intéressé et encourageant ;
- l'utilisation pertinente de **questions ouvertes** ;
- **la reformulation** pour confirmer la compréhension et l'adaptation entre l'éducateur et la personne éduquée ;
- **la reformulation par la personne** des explications fournies par le soignant permet d'en mesurer la compréhension et l'adaptation entre l'éducateur et la personne éduquée ;
- **l'aptitude à donner à la personne le rôle de décideur**. Le patient doit participer aux décisions qui l'affectent, s'engager davantage dans son traitement afin de faciliter l'accès à son autonomie ;
- **l'aptitude à faire face aux émotions des personnes**, en utilisant l'empathie et la rétroaction (analyser et tenir compte des réactions des personnes). Cette activité requiert de la part de l'éducateur des aptitudes relationnelles et des compétences de communication⁷⁴.

Les questions ouvertes sont privilégiées car elles offrent plus de possibilités. Ces questions favorisent le dialogue pédagogique et donnent une perception personnalisée des patients, non seulement de ce qu'ils savent, mais aussi de certaines caractéristiques de leur histoire et de leur personnalité (exemple : « *Pouvez-vous raconter dans quelles circonstances votre diabète a été découvert ?* »)³⁵

La façon dont l'information (voire la formation) est dispensée au patient ne tient pas forcément compte de ses attentes⁷⁵. En effet, le professionnel de santé se positionne le plus souvent par rapport à un référentiel scientifique professionnel spécifique, sans systématiquement s'enquérir des attentes, des motivations et de la rationalité du patient Le

formateur doit amener les formés à décrire leurs situations, puis à les analyser, puis à les problématiser⁷⁶..

2.7.2. Le dossier patient

Face aux impératifs d'amélioration de la qualité et de l'efficacité économique du système de soins, le dossier patient se révélerait être le pivot de ces échanges.

2.7.2.1. Définition du dossier patient

Créé à l'occasion du premier contact avec le patient, il s'enrichit par la suite de la trace des interventions des différents professionnels de santé. Il constitue un lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales propres au patient formalisées et actualisées⁷⁷.

L'ANAES précise dans un rapport de 2003, les critères devant être contenus dans le dossier patient. Ainsi, les données administratives doivent renseigner le nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse, numéro de téléphone, situation professionnelle et profession du patient et situation familiale⁷⁸.

Les données médicales et paramédicales comportent quant à elles, des informations comme les coordonnées du médecin traitant, mais également des informations de natures diverses, telles que :

- les informations médicales antérieures à la consultation actuelle (identité, anamnèse, allergies, antécédents, traitements, etc.) ;
- les informations relatives à la personne et à ses habitudes de vie ;
- les prescriptions en cours, les examens biologiques pratiqués, etc⁷⁷.

La liste de tous les critères⁷⁸ est répertoriée en Annexe 2.

Ce dossier, à la fois personnel et confidentiel, permet un meilleur suivi thérapeutique non seulement au sein de l'équipe pharmaceutique mais aussi avec les différents professionnels de santé qui constituent le réseau de soins (médecins, pharmaciens et infirmiers hospitaliers avec ceux exerçant en ville)⁷⁹.

2.7.2.2. Objectifs du dossier patient

Le dossier patient a pour objectif de :

- traçabilité de tous les actes pour les professionnels de santé ;
- réduire les accidents iatrogènes et les examens redondants afin de diminuer les coûts inutiles par l'implication dans cette démarche des professionnels de santé et des patients eux-mêmes⁷⁷ ;
- récupérer des données épidémiologiques ;
- à plus long terme, favoriser une meilleure gestion des alertes sanitaires.

2.7.3. Le Dossier Médical Personnel

A l'heure actuelle, chaque professionnel de santé tient à jour pour chaque patient un dossier médical. Ce dossier comprend les informations spécifiques à la prise en charge de ce dernier. De ce fait, plusieurs dossiers distincts co-existent pour un même malade, dispersés en divers lieux.

Dans les jours à venir, ces différentes données pourront être regroupées dans un seul et même dossier, le Dossier Médical Personnel (DMP). Ces informations émaneront de tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient.

«Le dossier médical personnel, en cours de conception en France, constitue une opportunité historique pour la profession », soulignait le président du Conseil national de l'Ordre, Monsieur Jean Parrot dans l'éditorial d'Octobre 2005 des Nouvelles Pharmaceutiques.

2.7.3.1. Définition du Dossier médical personnel

Selon la loi 2004-810 (Article L161-36-1 et suivants)⁸⁰ portant sur la réforme de l'Assurance Maladie du 13 Août 2004, le dossier médical personnel est un « *ensemble des données recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins* ».

Ce dossier médical informatisé et sécurisé, accompagne le patient tout au long de sa vie. Il possède une portée nationale et pourra ainsi être consulté par l'ensemble des

professionnels de santé, quelle que soit leur localisation géographique, et toujours sous le contrôle du patient.

Expérimentation du Dossier Médical Personnel

Selon la loi d'août 2004, le DMP devra être disponible pour tous les bénéficiaires de l'assurance maladie en juillet 2007. Afin d'en établir les éléments principaux et efficaces, une phase d'expérimentation effectuée sur 30 000 DMP (débutée en juin 2006 et qui s'achèvera en décembre 2006), permettra de valider avec l'ensemble des acteurs concernés, les éléments indispensables à la réussite de ce dispositif. Son évaluation aura lieu en parallèle⁸¹.

A la fin de l'expérimentation, le Groupement d'Intérêt Public (GIP), regroupant l'État (Ministère de la santé), l'Assurance-Maladie (CNAMTS), la Caisse des dépôts et consignations (CDC) et s'intitulant « *groupement de préfiguration du dossier médical personnel* » ou GIP-DMP, établira un cahier des charges opérationnel pour la généralisation de la mise en œuvre du DMP⁸¹.

Cette phase d'expérimentation d'une durée de 5 mois, conduite sur la base du volontariat des patients et des professionnels de santé doit permettre l'ouverture de 30.000 dossiers sur une quinzaine de sites pilotes, à travers toute la France.

Evaluation de la phase d'expérimentation

De cette expérimentation seront évalués divers critères⁸¹, tels que :

- Des éléments organisationnels du DMP :

- pratiques d'usage du DMP, par les professionnels de santé et par les patients (conditions d'acceptation et d'appropriation du DMP) ;
- impact du DMP sur les relations entre les professionnels de santé et sur les relations entre professionnels de santé et patients ;
- méthodes de déploiement national, etc.

- Des éléments fonctionnels :

- mode d'identification du patient ;
- moyens d'accès pour les professionnels de santé ;
- gestion des droits des professionnels de santé et des patients ;
- contenu et types de documents partagés par les professionnels de santé.

- **Des éléments techniques**, comprenant la sécurité et la confidentialité des données.

Au début de l'année 2007, la publication d'un décret d'application du DMP sera effectuée après l'étude de tous ces critères.

2.7.3.2. Objectifs du Dossier médical personnalisé

Le DMP permettra d'éviter la prescription de traitements ou de médicaments incompatibles avec l'état de santé ou avec un autre traitement en cours, ou encore la prescription d'un examen que le patient aurait déjà réalisé. Il va ainsi contribuer à une meilleure information des différents acteurs de santé qui pourront y avoir accès de façon aisée. Ce dispositif permettra alors au patient de bénéficier d'un suivi mieux coordonné et d'une sécurité diagnostique et thérapeutique renforcée⁸². Il tendra donc à réduire les actes redondants et les interactions médicamenteuses qui peuvent lui être préjudiciables⁸². Ainsi, grâce au DMP, le risque d'éventuelles erreurs ou d'omissions tente d'être minoré

Il comporte également un volet destiné à la prévention. Le patient sera amené à progresser dans la connaissance et la compréhension de sa santé, le DMP jouant par conséquent un rôle pédagogique important pour l'aider à devenir un acteur responsable de sa propre santé⁸².

Le DMP est donc conçu comme un facteur de progrès pour une meilleure prise en charge du patient⁸³.

Il n'a pas vocation à se substituer au dossier métier des professionnels de santé, ni au dossier médical partagé des établissements de santé, ou des réseaux de soins dont les objectifs sont différents⁸³. En effet, dans les dossiers de réseaux, l'information est partagée entre les membres du réseau qui se connaissent et sans nécessairement l'accord préalable du patient. A l'inverse, dans le DMP l'information est partagée entre des professionnels de santé qui ne se connaissent pas nécessairement entre eux, mais à chacun desquels le patient a donné des droits d'accès.

Un des objectifs est donc d'améliorer la communication des informations de santé, sous le contrôle du patient concerné, notamment pour ce qui concerne la confidentialité et conformément aux droits des patients dans le domaine des données personnelles de santé (Loi du 4 mars 2002: Article L1111-7 du Code de la santé publique).

Il a également pour vocation de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, sous le contrôle du patient⁸³.

La lutte contre la iatrogénie médicamenteuse est l'un des enjeux du DMP, dont une part est évitable, liée à des mauvaises pratiques, au non-respect des référentiels, voire à un surdosage accidentel. C'est dans ce domaine que le DMP pourra permettre de réduire d'éventuelles conséquences nocives pour les patients, grâce à une meilleure information des professionnels de santé.

Les anticoagulants oraux (AVK) en sont un exemple concret. Ainsi, le spécialiste prescrit, le biologiste fait les analyses ou le pharmacien délivre les médicaments ; tous doivent disposer de la même information pour assurer un suivi de qualité⁸⁴. De même, à l'occasion du séjour d'un patient, les professionnels de santé habilités des établissements de santé reporteront sur le dossier médical personnel les principaux éléments résumés relatifs à ce séjour.

De plus, afin d'éviter des contre-indications majeures dans leur conseil, la proposition est faite qu'une quinzaine de pathologies puissent être portées à la connaissance des officinaux (glaucome à angle fermé, asthme...)⁸⁵. Au comptoir, en effet, le questionnement du patient ne permet pas toujours de renseigner au mieux l'équipe officinale.

Enfin, lorsque les codes intégreront les numéros de lot et les dates de péremption, la traçabilité des médicaments pourra aller jusqu'au patient avec possibilité de rappel personnalisé en cas d'urgence ou de retrait du marché d'un médicament.

Le DMP permettra aussi aux médecins de savoir si leurs patients sont allés chercher leurs médicaments, ce qui les renseignera sur leur observance et s'il y a eu substitution de leurs ordonnances⁸⁵.

2.7.3.3. Le bénéficiaire

Le DMP s'adresse à chaque bénéficiaire de l'assurance maladie quelque soit son âge (Article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale)⁸³ et qui en exprimera la demande.

2.7.3.4. Les droits du bénéficiaire

Le patient aura un droit de regard sur son DMP qu'il pourra consulter lorsqu'il le désire. Ainsi, chaque professionnel consulté et participant à l'expérimentation, connaîtra

immédiatement les éléments importants du parcours de santé de son patient, évitant de lui poser des questions auxquelles il aura déjà répondu.

Le patient pourra également apporter lui-même au DMP des informations médicales qui lui semblent importantes et qui n'auraient pas été inscrites par un professionnel de santé ; un cadre spécifique est prévu à cet effet⁸⁶.

2.7.3.5. Les professionnels de santé

Tous les professionnels de santé sont concernés par le dossier médical personnel. L'accès au DMP est cependant interdit aux médecins des compagnies d'assurances et des médecins du travail selon l'article L161-36-3 du Code de la Sécurité Sociale⁸³.

Les professionnels de santé exerçant en ville ou en établissement de soins, les médecins traitants ou spécialistes et les professionnels de santé non médecins comme les officines, les plateaux techniques privés comprenant les laboratoires d'analyses et les services de radiologie.

2.7.3.6. Accès aux données

Les professionnels de santé qui auront été autorisés par le patient pourront introduire et consulter les données médicales utiles au diagnostic et à la conduite de la santé de leur patient.

Un tableau croisé présentant ci-dessous, les conditions d'accès aux différentes catégories d'informations médicales selon la profession ou la discipline a été établi par les membres du comité d'orientation du GIP-DMP (Annexe 3).

2.7.3.7. Contenu du DMP

Les données contenues dans le DMP seront de tout ordre (Annexe 4)⁸⁷. Ce dernier contiendra des informations provenant des professionnels et établissements de santé participant à l'expérimentation et que le patient aura lui-même désigné : hôpitaux, médecins de ville, pharmaciens, laboratoires d'analyses médicales...

Selon la loi du 13 août 2004, « *chaque professionnel de santé, exerçant en ville ou en établissement de santé, quelque soit son mode d'exercice, reporte dans le dossier médical personnel, à l'occasion de chaque acte de consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge* ». Ainsi avec l'accord formel du patient, le DMP comprendra donc les comptes-rendus et prescriptions de médecins, la liste des médicaments qui lui ont été délivrés, les comptes-rendus de radiologie, les comptes-rendus d'analyses médicales, et les lettres de sortie d'hôpital.

Afin de renforcer et mettre en valeur la contribution des pharmaciens au développement du DMP, l'Ordre national des pharmaciens a lancé le projet du Dossier Pharmaceutique (DP) qui a pour objectif de réunir en une base de données les médicaments (prescrits ou non) délivrés à l'officine. Ce dernier pourra être consulté seulement par le pharmacien, en présence du patient. Le DP tel qu'il va être testé dans 13 régions de France en juin 2006 est à distinguer du DMP. Le DP sera le volet médicament du DMP, outils de sécurisation de la dispensation, il permettra le partage d'information sur les médicaments délivrés pour chaque patient dans toutes les officines⁸⁸.



Le projet du DP vise ainsi à répondre à deux enjeux : sécuriser la dispensation, et alimenter le volet médicament du DMP⁸⁹.

2.7.4. Le diagnostic éducatif

2.7.4.1. Définition du diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif est la première étape de la démarche d'éducation qui permet d'appréhender différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, d'identifier ses besoins, d'évaluer ses potentialités, de prendre en compte ses demandes et ses projets dans le but de proposer un programme d'éducation personnalisée⁹⁰. Tous ces éléments trouvent leur place naturellement dans le dossier médical⁹¹. L'entretien comporte plusieurs séquences de questionnement permettant d'explorer les différentes dimensions pertinentes par rapport à l'éducation du patient. Par la stratégie de questionnement, l'éducateur distingue ainsi chez le

patient ce qui relève du dire ou du faire⁹². Il s'agit également d'amener le patient à une réflexion sur ses actes, sa pensée pour l'aider à prendre conscience de ce qu'il sait et de l'aider à faire des liens qui prennent sens pour lui. Le type de questionnement revêt donc une importance considérable⁹³.

Il s'avère être une étape-clé dans la relation entre le professionnel de santé et le patient. En effet, il permet au patient de disposer d'une écoute compréhensive par un professionnel de santé compétent et d'établir une relation de confiance entre le patient et le professionnel de santé.

Le diagnostic éducatif est évolutif et progressif. Il s'avère difficilement établi lors d'un seul entretien car certaines informations ne seront obtenues qu'après l'instauration d'un climat de confiance, plus ou moins long à mettre en place et d'autres informations ne seront jamais obtenues du fait du libre arbitre du patient de ne pas les confier au soignant⁹⁴.

2.7.4.2. Recueil d'informations

Le diagnostic éducatif repose sur une série d'entretiens individuels et structurés, au début de l'éducation et dans son continuum, au cours desquelles sont recueillies des informations non limitatives concernant le patient, son comportement et son environnement^{90,95}. Ces entretiens peuvent s'effectuer en tête-à-tête, mais l'expérience montre qu'il peut être réalisé dans le même temps par plusieurs professionnels de santé⁹⁰. Au cours des entretiens, les éducateurs peuvent s'aider d'un questionnaire préétabli. Il s'agit plutôt d'un guide d'entretien que d'un formulaire d'enquête, le but étant de permettre une discussion ouverte et confiante⁹⁰.

Le patient est ainsi amené à exprimer avec ses mots, son ressenti face à la maladie. A ce stade, le professionnel de santé doit pouvoir estimer rapidement les enjeux spécifiques, les compétences à acquérir et la stratégie des rendez vous éducatifs. Les compétences devant être acquises par le patient doivent être hiérarchisées par ordre d'importance et d'acceptation par le patient⁹¹.

Cette démarche est différente de l'information orale ou écrite délivrée comme une transmission « classique » médecin patient, dont les limites sont mises en évidence par les échecs trop fréquents d'une prise en charge traditionnelle⁹⁶.

2.7.4.3. Modèle opératoire

Selon l'approche pédagogique de Gagnayre et D'Ivernois⁹⁰, le diagnostic d'éducation doit permettre de répondre à 5 questions concernant le patient.

- *Qu'est-ce qu'il (elle) a ?* c'est l'aspect biomédical : évaluer la gravité de la maladie, son évolutivité. Faire le point sur le traitement prescrit. Identifier d'autres problèmes de santé. S'assurer aussi que le patient ne considère pas d'autres problèmes de santé plus importants que la maladie pour laquelle il doit être éduqué ;
- *Qu'est-ce qu'il (elle) fait ?* c'est l'aspect socioprofessionnel : Quelles sont ses conditions de vie ? Quel est son environnement ? Précisez les capacités du patient à résoudre seul ses problèmes ;
- *Qu'est-ce qu'il (elle) sait ?* c'est l'aspect cognitif : que sait-il de sa maladie ? Comment se la représente-t-il ? Que croit-il ? Cette partie permet d'identifier les représentations erronées attribuables à une logique propre au patient ou des connaissances médicales qui étaient vraies autrefois mais ne le sont plus aujourd'hui ;
- *Qui est-il (elle) ?* c'est l'aspect psychoaffectif : Comment vit-il sa maladie ? Pour les patients dont les mécanismes de répression sont particulièrement forts, qui étouffent leur imaginaire et leurs affects, qui intériorisent tout, mettant constamment une barrière entre eux et leurs sentiments, il est indéniable que le programme d'éducation pourrait les amener à verbaliser ou à extérioriser leurs sentiments⁹⁷ ;
- *Quel est son projet ?* Formulé par le patient ou proposé par le soignant, le projet va constituer la source de motivation du patient.

La réalisation du diagnostic éducatif peut se présenter selon 6 étapes⁹⁸, dont 3 descriptives de l'état du patient (santé perçue, santé objective et comportement effectif) et 3 potentiellement explicatives du comportement du patient et de son état de santé objectif et subjectif :

- **Description de l'état de santé du patient :**

- **Evaluation de la santé subjective du patient :** perception du malade à l'égard de sa maladie.
- **Evaluation de la santé objective :** un bilan précis de la maladie du patient, en évaluant les facteurs étiologiques, l'ancienneté, ainsi que la gravité et l'évolution de la maladie est établi. Par ailleurs, il est important d'identifier d'autres problèmes de santé qui pourraient influencer sur

la démarche éducative tel qu'un handicap visuel, d'ouïe, d'attention faible, une mobilité réduite, ou une fatigue excessive⁹⁰. Un point sur les divers traitements suivis par le patient doit être réalisé.

- **Evaluation des comportements du patient** : évaluation de l'observance thérapeutique et, le cas échéant, de la capacité du patient à résoudre seul des problèmes liés à sa maladie.

- **Recherche des facteurs explicatifs** du comportement et, ainsi, de la santé objective et perçue du patient :

- **Facteurs Internes** : connaissance, attitudes, compréhension, acceptation de la maladie / du traitement par le patient. Le processus d'acceptation de la maladie est décrit en huit phases (Tableau IV).³⁶

Tableau IV : Comportements liés aux phases d'acceptation d'une maladie d'après Anne Lacroix³⁶

STADES	PATIENT	EXEMPLE	ATTITUDE ADÉQUATE
Choc	Surpris et/ou angoissé	« <i>Je ne réalise pas très bien</i> »	Soutien Aider le patient à se retrouver en privilégiant l'écoute, la reformulation
Dénégation	Détaché Banalise	« <i>Il y a des maladies plus graves...</i> »	Instaurer un climat de confiance Chercher en quoi le patient se sent menacé
Révolte	Agressif Revendicateur	« <i>C'est la faute de si...</i> »	Chercher l'objet de la révolte et ne pas s'y opposer
Marchandage	+/- collaborant Manipulateur	« <i>Je n'accepterai pas une 2^e injection</i> »	Négocier sur des points secondaires
Dépression	Triste Méditatif	« <i>Je réalise que je me suis servi de mon diabète pour...</i> »	Renforcer l'écoute active Respecter les larmes Susciter un projet d'avenir
Acceptation	Tranquille Collaborant	« <i>Je vis avec et non pas malgré mon diabète...</i> »	Renforcer la formation personnalisée du patient
Résignation	Passif Docile	« <i>Je m'en remets à vous, docteur...</i> »	Eviter de renforcer la résignation Mettre l'accent sur les comportements positifs du patient Fixer des objectifs modestes
Pseudo-acceptation	Refuse constamment de se sentir malade	<i>Je refuse d'être un handicapé ...</i> »	Aider le patient à renouer avec ses sentiments

- **Facteurs institutionnels** : ressources disponibles en termes de recours aux soins, compétences. Cette partie concerne l'organisation des soins, c'est-à-dire la capacité, la faculté, les moyens que le patient possède afin de s'organiser dans ses traitements, l'influence

de son environnement social et médical ; les ressources disponibles et l'accessibilité aux soins. Exemple de questions posées :

- *Quelles difficultés rencontrez-vous lors de la prise de votre traitement ?*
- *A quel rythme pratiquez vous vos analyses biologique ?*
- *Quel type d'aide avez-vous ?*

- **Facteurs de renforcement** : dans cette partie est évalué le support social que peut avoir le patient de la part de sa famille, de ses proches, de ses collègues, et de l'équipe médicale. Quelle relation entretient-il avec les autres acteurs de santé et qui sont ces derniers ? Exemple de questions posées :

- *A quelle personne vous adressez-vous afin de surmonter un problème important ?*

Il s'agit ensuite de hiérarchiser ces informations, pour programmer les sujets des entretiens qui en découleront. Dès lors, il ne reste plus qu'à définir, si possible, avec le patient les objectifs éducationnels (ce qu'il doit acquérir, apprendre ou comprendre) et à les mettre en œuvre selon la méthode et les outils appropriés.

Il convient donc de procéder par étapes, en limitant le nombre d'objectifs, et en évaluant au fur et à mesure leur attente⁹⁰.

2.7.5. Les objectifs pédagogiques de l'éducation thérapeutique

Le diagnostic éducatif permet de formuler des compétences que l'on assigne au patient et qu'il doit pouvoir maîtriser au terme des activités d'éducation. Les compétences que le patient devra atteindre constituent les objectifs pédagogiques du programme d'éducation⁹⁰. Les objectifs pédagogiques, pour remplir leur fonction, doivent répondre à plusieurs impératifs de qualité⁹⁹. Le patient doit comprendre qu'il s'agit d'une compétence qu'il doit mobiliser dans sa vie quotidienne. Les objectifs pédagogiques comprennent toujours un verbe d'action et un contenu précisant sur quoi porte l'action. L'objectif doit, en effet, pouvoir être observable et mesurable afin de vérifier que le patient est capable de le réaliser¹⁰⁰. Plus l'objectif est précis, meilleure sera sa compréhension par le patient et plus facile son évaluation⁹⁰.

Selon B. Bloom, on distingue 3 domaines de capacités, à partir desquelles on classe les objectifs pédagogiques¹⁰¹ :

- Le domaine cognitif : connaissances, raisonnement, décision. Par exemple : être capable d'adapter ses doses d'insuline en fonction des résultats de la glycémie.

- Le domaine sensori-moteur : habiletés gestuelles. Par exemple : être capable de réaliser une auto surveillance glycémique.
- Le domaine psychoaffectif : attitudes. Par exemple : être capable de limiter son stress.

Cette classification a pour but de faciliter la démarche de l'éducateur.

Les objectifs pédagogiques doivent s'articuler autour de 2 qualités fondamentales : la pertinence (contenu adapté aux besoins du patient) et le réalisme (niveau de difficulté adapté à ses compétences). Pour être réalisable, ils doivent être peu nombreux, adaptés, hiérarchisés et progressifs⁹¹.

2.7.6. Le contrat d'éducation

Le contrat d'éducation est un vrai projet de soin conçu avec le patient. Il permet de proposer une thérapeutique pertinente, valable sur le plan scientifique et adaptée au contexte de vie du patient et de ses projets. Il est garant de la faisabilité du traitement et nécessaire à l'adhésion thérapeutique⁹¹.

De plus, le contrat d'éducation est négocié, puisqu'il s'agit d'un accord moral entre le patient et l'éducateur. Ceci implique que les moyens à mettre en œuvre (date et horaire des séances, méthodes pédagogiques, critères d'évaluations...) soient également discutés⁹⁰.

Le contrat peut ne pas être atteint dans sa totalité lors d'une première séquence d'éducation. Cela doit conduire l'éducateur à chercher à en comprendre les raisons : complexité excessive des objectifs, manque de réalisme ou de clarté des objectifs, durée de l'éducation trop courte, méthode pédagogique mal adaptée,..)⁹⁰.

Le contrat n'est pas figé et doit évoluer avec la demande du patient.

2.7.7. Planification de la démarche éducative

Les activités éducatives comportent des temps de sensibilisation, d'information orale ou écrite, d'apprentissage, de soutien psychologique. Tout dépend des objectifs éducatifs ; l'essentiel est l'interactivité : le patient doit être actif, l'écoute empathique, le langage simple, les messages clairs et positifs. Il faut valoriser le patient et insister sur ses points forts, sans jamais le culpabiliser⁹¹.

Comme pour toute éducation, il n'existe pas une méthode pédagogique universelle pour l'éducation des patients. La pédagogie de la santé emprunte à la plupart des méthodes connues dans les différents secteurs de l'éducation, mais en crée aussi régulièrement de

nouvelles⁵⁰. Le choix pédagogique est déterminé par cinq types de considérations⁴⁵. Diverses méthodes peuvent être choisies dans le cadre de l'ETP : la rencontre individuelle, en groupe, en présence du patient ou par correspondance (Internet, téléphone, etc.). La méthode pédagogique doit respecter les principes de l'apprentissage, en particulier les concepts de participation active, de droit à l'erreur, de rétro information, de progression à un rythme individuel, du respect du style d'apprentissage du patient. De plus, ces méthodes doivent être commodes, c'est à dire d'application aisée et d'emploi régulier⁹⁰.

2.7.8. Le suivi éducatif et la reprise éducative

Une éducation unique ne suffit pas à faire atteindre à un patient tous les objectifs d'apprentissage. Il faut concevoir l'éducation comme un processus continu, dynamique, au cours duquel chaque rencontre est un moment privilégié pour permettre au patient de poursuivre ses objectifs et réaliser avec lui un bilan de ses acquis. Dans le suivi éducatif, l'évaluation et l'éducation du patient sont donc intimement liées, puisqu'il s'agit en permanence d'effectuer des réajustements pour maintenir et améliorer sa maîtrise des objectifs, mais aussi lui apporter de nouvelles connaissances¹⁰².

Ce qui guide principalement l'organisation du suivi est le niveau de «fonctionnement» du patient et la présence à des degrés divers de problèmes ou d'incidents⁹⁰.

Le suivi éducatif peut être déclenché au décours d'un problème ou d'un incident rencontrés par le patient. Par exemple, il est possible d'intervenir lors d'un déséquilibre biologique, lors de pathologie intercurrente, lors de problèmes socio-professionnels ou familiaux.

Lors d'un suivi, plusieurs instruments d'évaluation (questions ouvertes, test...) sont utilisables pour s'assurer de la bonne maîtrise des objectifs.

2.7.9. Les supports pédagogiques d'une éducation thérapeutique

Pour éduquer les patients, il est nécessaire de transmettre des informations précises, appropriées et complètes.

Le choix des outils pédagogiques est laissé à l'initiative de l'éducateur, qui prend en compte les capacités d'apprentissage, les connaissances, la motivation ainsi que les besoins des patients. Les outils pédagogiques les plus performants sont ceux que l'éducateur s'approprie parce qu'il les utilise souvent. Afin de le guider dans ses choix, l'INPES propose

dans le « référentiel des critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé »¹⁰³, une liste de critères de qualité des outils en éducation pour la santé ; une sélection des critères essentiels requis ; et une déclinaison de ces critères de qualité en une grille d'analyse des outils. Ce référentiel peut être aussi bien utilisé par ceux qui produisent les outils que par ceux qui les utilisent pour mettre en œuvre des actions d'éducation pour la santé. Les critères énoncés dans ce référentiel sont résumés dans le tableau ci-dessous ;

Tableau V : Critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé d'après le « Référentiel des critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé »

Critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé

1. Critères de qualité du contenu	<p>Les sources utilisées sont identifiées.</p> <p>Les informations sont d'actualité.</p> <p>L'outil ne fait pas la promotion d'un produit ou d'une marque.</p> <p>Le contenu est objectif et nuancé.</p> <p>le contenu est acceptable au regard de l'éthique.</p> <p>Le contenu est pertinent par rapport au thème.</p> <p>Le contenu est pertinent par rapport aux objectifs annoncés.</p>
<p>2. Critères de qualité pédagogique</p> <p>Construction pédagogique</p> <p>Implication du destinataire</p> <p>Implication collective du destinataire</p> <p>Ressorts utilisés par le concepteur de l'outil</p>	<p>Les objectifs sont annoncés.</p> <p>L'émetteur du discours est facilement identifiable.</p> <p>Le discours du destinataire est pris en compte.</p> <p>L'outil évite la mise en échec des destinataires.</p> <p>Le niveau de difficulté est adapté au destinataire.</p> <p>Le destinataire est interpellé, rendu actif, mis en situation.</p> <p>Les connaissances et représentations préexistantes des destinataires sont prises en compte.</p> <p>L'outil propose des activités qui suscitent des interactions entre participants</p> <p>Le(s) sentiments suscité(s) par l'outil (crainte, malaise...) ne produit (sent) pas d'effet négatif.</p> <p>Les ressorts utilisés par le concepteur de l'outil sont tous en accord avec les valeurs de la promotion de la santé.</p> <p>Ces ressorts ne nuisent pas à l'implication des participants.</p>
3. Critères de qualité du support	<p>Le support choisi est pertinent par rapport au destinataire.</p> <p>Le support choisi est pertinent par rapport au sujet traité.</p> <p>Le support choisi est pertinent par rapport aux objectifs annoncés.</p> <p>Les consignes, règles, modalités d'utilisation sont claires.</p> <p>Il y a un guide d'utilisation.</p> <p>En cas d'absence de guide, ce n'est pas un manque.</p> <p>Le guide inclut la ou les méthodes pédagogiques.</p> <p>La navigation est aisée.</p> <p>L'interactivité est réelle.</p>
4. Critères de qualité de la conception	<p>La conception de l'outil se base sur une analyse des besoins des destinataires.</p> <p>La conception de l'outil se base sur une analyse de la littérature.</p>
5. Critères de qualité - synthèse	<p>Il y a adéquation de l'outil avec les objectifs énoncés/ la raison d'être / le public visé.</p> <p>L'utilisation de l'outil est possible dans les conditions prévues par le concepteur.</p>

Il existe de nombreux supports pédagogiques : les meilleurs sont les plus simples, facilement appropriables (schémas, images,..) :

Ils participent étroitement à l'apprentissage. Ils captent l'attention, favorisent l'interaction, et améliorent la compréhension. Ils trouvent leur utilité pour :

- **le savoir** : livres illustrés, CD-ROM, posters, modèles réduits (bronches pour la physiopathologie, maison pour l'environnement, pied pour le diabète...), documents d'informations ;
- **le savoir-faire** : placebo, modèles réduits, objets à manipuler, jeux de société ;
- **le savoir être** : carnets de suivi (pour les AVK, pour la glycémie, du patient asthmatique)⁹⁶ et plans d'action illustrés.

2.7.10. Evaluation des interventions

Toute action d'éducation doit faire l'objet d'une évaluation. L'évaluation consiste à émettre un jugement de valeur porté sur une mesure (la plus objective possible) afin de prendre une décision pédagogique¹⁰⁴.

L'impact des interventions peut s'évaluer au travers de questionnaires, d'entretiens, d'autoévaluation à des moments adaptés du programme (au cours de chaque nouvelle séance et/ou à l'issue du programme). Plusieurs critères, adaptés à chaque programme peuvent être évalués en fonction de la stratégie développée, l'indicateur global étant l'évolution de la qualité de vie des patients :

- biologiques ou cliniques
- recours aux soins
- acquisition de connaissances
- acquisition de comportements ou d'aptitudes à réagir en situation
- modification de caractéristiques personnelles ou psychologiques
- modification de facteurs sociaux¹⁰⁵

L'évaluation des objectifs nécessite de se reporter aux différents domaines et niveaux taxonomiques. Il existe pour chacun d'entre eux des instruments de mesures spécifiques⁹⁰.

2.7.10.1. Evaluation des compétences d'ordre intellectuel (domaine cognitif)

Elle concerne l'ensemble des avoirs acquis par le patient qu'il s'agisse de la mémorisation de connaissances ponctuelles, de l'interprétation de données (signes, symptômes, valeurs biologiques, situations cliniques), de la résolution de problèmes complexes et de décisions. Pour évaluer ces compétences, il est possible d'interroger oralement le patient, d'utiliser des questions de type vrai ou faux, d'avoir recours à des documents simulés (carnet de surveillance, résultats biologiques, menus, images...).

2.7.10.2. Evaluation des compétences d'ordre gestuelles et technique

Dans plusieurs maladies chroniques le patient doit réaliser des gestes d'auto-surveillance et d'auto-soin. C'est la raison pour laquelle l'évaluation des habitudes gestuelles revêt une grande importance, car des erreurs de techniques répétées peuvent être à l'origine d'incidents plus ou moins graves. L'instrument adapté à l'évaluation des gestes est la grille observation. La commodité d'emploi de la grille doit être prise en considération. Une grille qui comporterait trop de critères de jugement est difficile à manier ; elle décourage les utilisateurs et est rapidement délaissée.

2.7.10.3. Evaluation des compétences d'ordre relationnel

La mesure de ces compétences s'effectue également par des grilles d'observation. Un patient diabétique par exemple, doit pouvoir être capable d'expliquer sa maladie à des tiers, de négocier des conditions de travail avec ces employeurs. Un patient asthmatique doit adopter des comportements d'évitement des situations asthmogènes, et le patient cardiaque doit réduire les contextes de stress. Tous doivent chercher à associer leur entourage à l'application des compétences qu'ils ont acquises par l'éducation.

2.7.10.4. Les questionnaires

Ils recueillent les renseignements pour établir un diagnostic éducatif et objectiver une évaluation (à partir de QCM, de questionnaires semi-ouverts, d'entretien, ou de grilles spécifiques).

2.8. Les critères de qualité d'une éducation thérapeutique

L'ETP concerne prioritairement mais non exclusivement aujourd'hui, les maladies chroniques et associe les professionnels de santé exerçant en établissements de santé et en secteur ambulatoire. En effet, l'Union Régionale de la Caisse d'Assurance Maladie (URCAM) parle pour cela de « transversalité »¹⁰⁶. Par ce terme elle reconnaît que l'hôpital a un rôle clé dans la genèse d'une ETP qui doit à terme concerner l'ensemble du système de santé ; l'hôpital ne pouvant pas s'occuper de tous les patients. Les hôpitaux doivent donc s'ouvrir vers l'extérieur :

- l'ETP doit bénéficier aux patients suivis par des médecins libéraux ;
- des équipes mobiles composées en partie ou en totalité de professionnels libéraux intervenant à la demande à l'extérieur (centre médico-sociaux, cabinets médicaux de groupe, hôpital local ...) doivent être développées ;
- les structures d'éducation doivent donc travailler en partenariat avec des structures ambulatoires, des réseaux de santé, des associations de patients, d'autres hôpitaux.

2.9. Freins à la mise en place d'une démarche éducative

Pour améliorer l'ETP, il faut analyser les freins qui s'opposent aujourd'hui à sa mise en place. Ils consistent en :

- un manque d'informations et de sensibilisation : beaucoup de généralistes ne s'y intéressent pas ou ne l'ont jamais abordé au cours de leurs études ou de leur vie professionnelle, ou tout simplement n'en voit pas l'intérêt ;
- un manque de formation et d'outils ;
- un manque de temps ;
- un manque de motivation ;
- une absence de financement spécifique ;
- des freins liés aux patients, en effet les patients sont parfois peu sensibilisés, passifs habitués à la médecine directive, à la complexité de la pathologie, à des difficultés de communication (langage, déficience intellectuelle...) ou bien refusent voire dénie leur maladie.

D'après le baromètre médecins/pharmacien de 2006²², les principaux freins à la mise en place d'une éducation thérapeutique ont été demandés aux deux professionnels de santé.

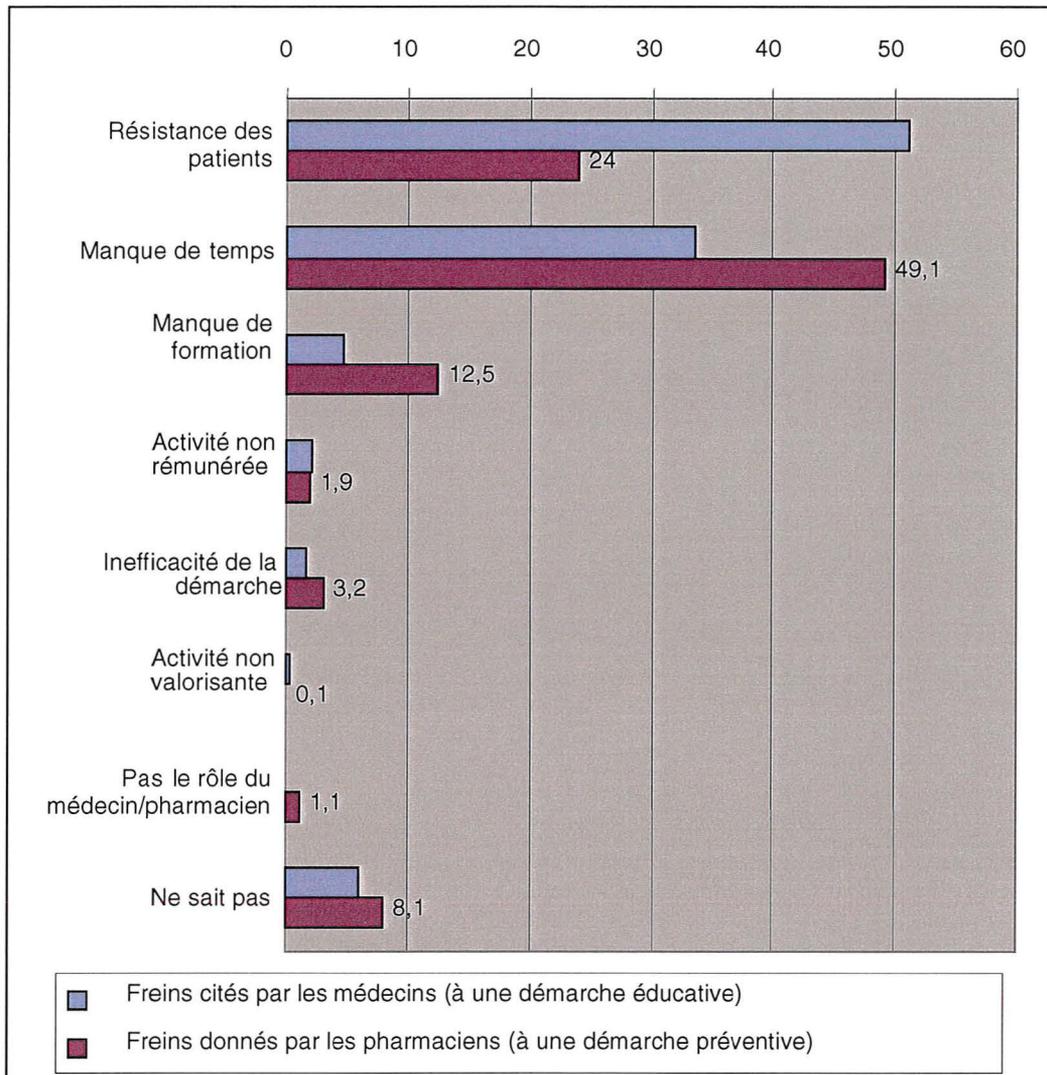


Figure 9 : Fréquence en pourcentage de citation des freins à une démarche de prévention / éducative par les pharmaciens / médecins interrogés en 2003

Contrairement aux médecins interrogés qui mettent en avant une forte résistance des patients, les pharmaciens interrogés sur les freins à une démarche de prévention citent majoritairement le manque de temps (49,0%) puis la résistance des patients. Rares sont ceux médecins comme pharmaciens qui mettent en avant la non rémunération de ces activités. Le manque de formation est le troisième frein cité par les professionnels de santé (1 médecin sur 20 et 1 pharmacien sur 8).

Globalement la rémunération rattachée au manque de temps en pratique libérale et la formation sont deux freins à lever dans les pratiques professionnelles pour faciliter les interventions préventives ou éducatives²².

En Europe certains pays financent déjà l'ETP. Les expériences Suisse et allemande sont celles pour lesquelles le financement par l'assurance maladie est le plus ancien en

Europe, cependant, l'existence légale de l'éducation thérapeutique dans ces deux pays est récente et concerne essentiellement le diabète. En 1990, est signé le premier contrat entre les caisses d'assurance maladie et l'Association Suisse du Diabète : le conseil aux diabétiques devient une prestation médicale. Cependant, comme en Allemagne, la prestation n'est pas inscrite dans la loi. Il faudra attendre 1999 pour que l'enseignement aux diabétiques soit définitivement inscrit dans la loi suisse. Il s'agit d'une prise en charge individuelle comprenant un volet médical (médecin généraliste, spécialiste), suivi d'un volet soignant assuré par des infirmières et diététiciennes ayant une certification par l'Association Suisse. L'extension de la prise en charge de l'asthme a été réalisée en 2001 et en 2004. Une nouvelle nomenclature a été adoptée, le TARMED, dans laquelle on retrouve deux libellés d'éducation thérapeutique : « consultation par le spécialiste de premier recours » par période de 5 minutes (exemple consultation diététique, maximum 6 fois par 3 mois) et « instruction spécifique du patient par le spécialiste » par période de 5 minutes pour lui apprendre à gérer les gestes techniques de sa maladie (mesurer certaines valeurs, se faire des injections, se soigner par inhalation, etc. maximum 6 fois par 3 mois)¹⁰⁷.

En France coexistent, actuellement, deux nomenclatures d'actes le Catalogue des actes médicaux (CdAM) qui sert au Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans tous les établissements de santé, publics et privés et la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) qui définit les honoraires des professionnels de santé du secteur libéral (médicaux et paramédicaux), dans le cadre du paiement à l'acte. Il n'existe, dans ces nomenclatures, aucun libellé pour l'activité d'éducation thérapeutique ; c'est-à-dire qu'il n'existe ni description, ni, à fortiori, valorisation, que ce soit en établissement ou en ville, de cette activité. Pourtant différents travaux ont déjà été menés dans le sens d'une reconnaissance de l'acte éducatif : la Direction des hôpitaux a intégré l'activité d'éducation thérapeutique dans son catalogue expérimental des actes réalisés au cours des hospitalisations de moins de 24 heures (1995), "Projet d'inscription à la NGAP d'un acte spécialisé d'éducation" du Pr. BRUN pour le diabète (1999), rapport de la Direction générale de la santé sur "Education thérapeutique du patient, dans le champ des pathologies chroniques"(2001), recommandations de l'ANAES : "Education thérapeutique du patient asthmatique"; circulaire DHOS/DGS n°2002/215 du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé reconnaît pour la première fois l'éducation thérapeutique à l'hôpital à travers un appel à projets pour le renforcement des équipes hospitalières en vue du développement de l'éducation thérapeutique de groupe. Les pathologies concernées sont

l'asthme, le diabète, les maladies cardiovasculaires. Mais, il existe indiscutablement un frein au développement de cette activité lié à l'absence de nomenclature et à un financement aléatoire aussi bien en ville qu'à l'hôpital¹⁰⁷.

Aujourd'hui en France, seuls les réseaux bénéficient d'un financement permettant indirectement de financer l'ETP dès lors que l'ARH et l'URCAM ont fait le constat qu'ils répondent à des besoins de santé et que leur action est utile. Ces financements sont multiples : pluriannuels sur crédit de l'assurance maladie (notamment au sein de l'ONDAM), subvention de l'Etat et des collectivités territoriales ; financement conjoncturels sur le fonds d'aide à la qualité de soins de ville géré par l'assurance maladie et les représentant des professionnels de santé libéraux ; autres financements (dans le respect des règles déontologiques)¹⁰⁸.

En conclusion, cette revue de littérature peut être synthétisée par le schéma suivant, spécifiant les critères fondamentaux attendus d'une démarche éducative.

Les différents critères de qualité de l'ETP sont représentés à la Figure 10).

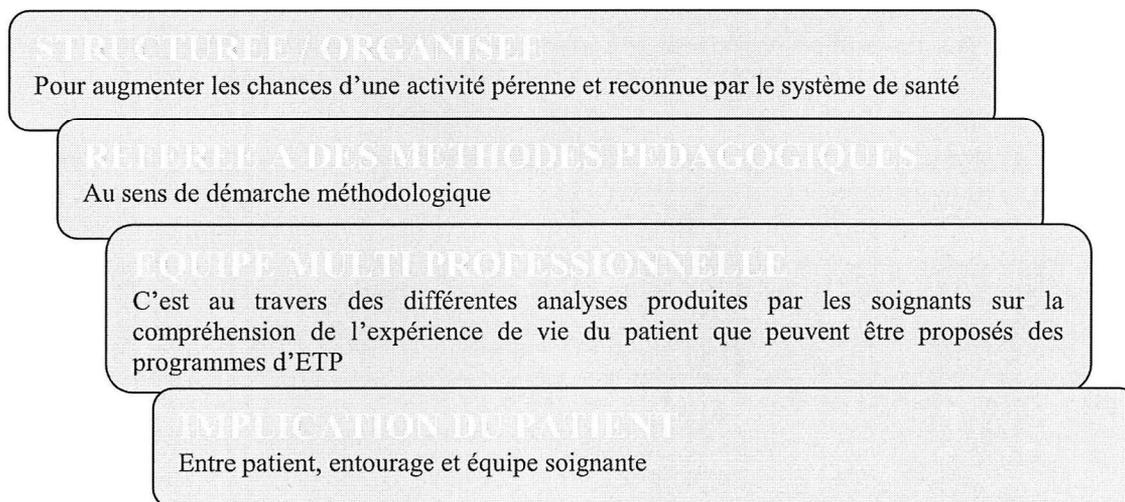


Figure 10 : Les critères de qualité de l'ETP d'après l'IPCEM¹⁰⁹

Ce modèle doit être confronté à la réalité de terrain et, spécifiquement dans ce travail, à celle du pharmacien d'officine : quelle ambition de participer à une telle démarche ? Quelle compétence générale à offrir ? Quelles spécificités du métier de pharmacien apporter à un tel modèle collaboratif ? Quelle mise en œuvre possible, au quotidien, compte tenu du contexte existant ?

L'objectif de cette étude est d'évaluer la faisabilité d'une démarche éducative de patients d'officine dans le contexte de traitements de pathologies chroniques. Cette démarche est appliquée pour les pathologies chroniques suivantes :

- les douleurs migraineuses par Mlle BOCQUET Claire,
- le diabète de type II par Mlle FORTIN Emeline,
- l'asthme et la BPCO par Mlle GOUDARD-PEYROLON Elsa,
- les anticoagulants oraux par Mlle MATHELET Catherine,
- l'insuffisance cardiaque par Mlle RIQUELME Julie.

REVUE DE LITTÉRATURE POUR
L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

1. L'insuffisance cardiaque:

1.1. Définition :

La société européenne de cardiologie a défini l'insuffisance cardiaque (IC) comme l'association de certains symptômes (principalement, dyspnée ou fatigue survenant à l'effort ou au repos, œdème des chevilles) et de signes d'altération de la fonction cardiaque. Leur amélioration sous traitement est considérée comme un critère complémentaire en cas de diagnostic incertain.¹¹⁰ La symptomatologie peut être précédée par une phase d'altération latente de la fonction cardiaque.

La physiopathologie de l'IC consiste en une incapacité du cœur à fournir un débit suffisant pour subvenir aux besoins métaboliques et fonctionnels de l'organisme. Elle peut être liée à un trouble de la fonction systolique et/ou diastolique dans le cadre d'une cardiopathie.¹¹¹

Cette incapacité transitoire ou définitive peut se manifester au repos ou à l'effort en fonction du stade de la maladie.

1.2. Epidémiologie :

L'IC constitue à l'heure actuelle un véritable problème de santé publique. La prévalence de l'insuffisance cardiaque dans la population générale en Europe est estimée entre 0,4 et 2%¹¹². Ce pourcentage croît rapidement avec l'âge et l'âge moyen de la population des insuffisants cardiaques est de 74 ans.¹¹³ En France, entre 1992 et 1996, en moyenne 27 700 décès ont été attribués chaque année à une IC : soit un taux annuel de mortalité de 0,07 pour 1 000 habitants âgés de 45 à 64ans, et de 2,9 pour 1 000 habitants âgés de 75 à 84 ans.¹¹⁴

Avec la population vieillissante, la fréquence de l'IC augmente régulièrement dans tous les pays industrialisés et constitue la principale cause d'hospitalisation chez les plus de 65ans. En effet, selon les études épidémiologiques, la prévalence de cette maladie augmente fortement avec l'âge, sans différence importante entre sexes : Prévalence de 0,5% à 2% à 50ans, 2% à 13% à 70ans, et de 8% à 16% après 75ans^{112,115,116,117,118,119}.

Dans les hôpitaux publics français de court séjour, de 1995 à 1997, 108 000 hospitalisations pour IC ont été recensées en moyenne. Or deux enquêtes prospectives hospitalières, l'une en France, l'autre en Amérique du nord, ont montré que respectivement 72% et 43% des patients hospitalisés pour IC ont été à nouveau hospitalisés dans les 6 mois suivants, dont plus de la moitié en raison de l'IC.^{120,121}

La gravité de l'IC incite à adapter soigneusement la prise en charge à chaque cas : en recherchant la cause de l'IC, et en utilisant les traitements qui réduisent la mortalité et le nombre d'hospitalisations.¹²² Cependant, l'étude de Levy et al, en date de 2002 met en évidence, sur la cohorte de Framingham, que la mortalité à 5 ans des patients diagnostiqués reste encore très élevée, de l'ordre de 50% à 5 ans.¹²³

1.3. Les différentes formes d'Insuffisance cardiaque

L'importance variable des manifestations cliniques de l'insuffisance cardiaque et la nécessité de disposer de définitions standardisées pour les études épidémiologiques ont amené à utiliser plusieurs classifications.

1.3.1. La classification fonctionnelle de la NYHA

Les recommandations européennes et américaines se rapportent encore aujourd'hui à la classification de la NYHA (New York Heart Association), ci-dessous :

Tableau IC I : Classification fonctionnelle de la NYHA¹²⁴

Stade I	Dyspnée pour des efforts importants inhabituels ; le patient n'a aucune gêne dans la vie courante
Stade II	Dyspnée pour des efforts importants habituels comme la marche rapide ou en côte, la montée des escaliers (plus de deux étages)
Stade III	Dyspnée pour des efforts peu intenses de la vie courante tels que la marche normale en terrain plat, la montée des escaliers (deux étages ou moins)
Stade IV	Dyspnée permanente au repos

1.3.2. Insuffisances cardiaques chroniques et aiguës

La meilleure connaissance de l'IC et les nouvelles possibilités diagnostiques ont conduit les spécialistes européens et américains à définir l'IC non seulement par la gêne fonctionnelle mais aussi en tenant compte des signes de rétention hydrosodée, des examens complémentaires et de l'évolution sous traitement.

Cela a conduit à définir 4 situations^{125,126, 127, 128} :

- **Altération latente de la fonction cardiaque** : cette situation caractérise la présence d'une cardiopathie (altération de la contractilité myocardique, dysfonction diastolique) sans conséquence perceptible : ni dyspnée, ni œdème périphérique, actuellement ou dans les antécédents ;
- **Insuffisance cardiaque chronique** correspond à une maladie chronique avec un traitement à long terme. Elle est considérée comme une maladie générale, neuroendocrinienne dont les manifestations hémodynamiques sont la conséquence d'un dépassement des mécanismes d'adaptation pour préserver un débit cardiaque suffisant pour les territoires nobles.³
On peut considérer qu'il existe deux types de situations d'IC chronique :
 - **L'IC symptomatique modérée** : dyspnée d'effort non invalidante ou régressive sous traitement (stade I ou II de la classification NYHA) ;
 - **L'IC évolutive** : persistance ou récurrence sous traitement d'une dyspnée d'effort invalidante ou d'une dyspnée de repos (stade III ou IV de la classification de la NYHA) ou œdèmes périphériques ;
- **Insuffisance cardiaque aiguë** : se manifeste de façon brutale chez des patients ayant une pathologie cardiaque sous-jacente

(antécédent d'infarctus du myocarde, d'insuffisance cardiaque chronique, d'hypertension ...). Dans cette situation les phénomènes adaptatifs n'ont pas eu le temps de se mettre en place ou ont été dépassés.¹²⁹

Elle se caractérise par des événements tels que l'œdème aigu du poumon cardiogénique et le choc cardiogénique.

1.3.3. Les insuffisances cardiaques diastoliques et systoliques

L'insuffisance cardiaque peut être due à :

- **une anomalie de la fonction systolique.** Elle correspond à une altération de la contractilité myocardique qui conduit à un défaut d'expulsion du sang (l'insuffisance cardiaque systolique). Ces dysfonctions systoliques peuvent être globales (cardiomyopathies) ou segmentaires (après un infarctus du myocarde) et sont caractérisées par un abaissement à moins de 40% de la fraction d'éjection du Venticule gauche (FEVG) ;¹³⁰

- **une anomalie de la fonction diastolique.** Elle correspond à une altération de la relaxation active ou de la distensibilité passive du ventricule entraînant une gêne au remplissage (insuffisance cardiaque diastolique). Ces dysfonctions diastoliques se traduisent par un tableau d'IC sans altération de la contractilité myocardique mais l'aptitude du ou des ventricules à accepter le sang est altérée. Elles sont le plus souvent secondaires à une hypertrophie ventriculaire gauche ou à une coronaropathie ; elles peuvent aussi survenir lors de certaines cardiomyopathies (amylose, hémochromatose ou diabète), de cardiomyopathie hypertrophique ou de péricardite.¹³¹

L'insuffisance cardiaque systolique est la plus classique tandis que l'insuffisance cardiaque diastolique est moins fréquente mais plus souvent observée chez le sujet âgé. Dans les études épidémiologiques, les IC diastoliques ont représenté 6 à 15% des IC survenues avant 65 ans, 30 à 55% de celles survenues entre 65 et 80 ans, et 40 à 70% de celles survenues après 80 ans.¹³²

Ces deux insuffisances peuvent coexister notamment au décours d'un Infarctus du myocarde.

1.3.4. Les insuffisances cardiaques gauches, droites ou globales^{133, 134}

Les insuffisances cardiaques droites et gauches se caractérisent par une physiopathologie, des étiologies et des symptômes différents.

Tableau IC II : Caractéristiques des insuffisances cardiaques droites et gauches

Insuffisance cardiaque gauche		Insuffisance cardiaque droite
Définition	Incapacité du ventricule gauche à assurer le débit sanguin nécessaire aux besoins de l'organisme	Incapacité du ventricule droit à assurer un débit sanguin suffisant aux besoins de l'organisme et en particulier aux besoins du poumon.
Physiopathologie	<p>Trois mécanismes s'associent pour aboutir à l'apparition d'une IVG:</p> <ul style="list-style-type: none"> -une surcharge mécanique du ventricule gauche, -une maladie du muscle cardiaque -une gêne au remplissage du ventricule gauche. 	<p>L'IC droite est la conséquence d'une hypertension dans l'artère pulmonaire qui peut être de 2 types :</p> <ul style="list-style-type: none"> -L'hypertension artérielle pulmonaire évoluant du fait d'une affection pulmonaire autonome - L'hypertension artérielle pulmonaire évoluant dans le cadre d'une maladie de la partie gauche du cœur. <p>L'IC droite entraîne une augmentation des pressions dans les cavités du cœur droit et dans les veines caves, une stagnation du sang dans le foie, une baisse du débit dans le reste de l'organisme et une rétention d'eau et de sel par le rein.</p>
Symptômes	<ul style="list-style-type: none"> • Dyspnée d'effort, (classification NYHA) • +/- Dyspnée au repos • Toux quinteuse nocturne avec expectoration crachats rosés • Fatigue permanente et fatigabilité à l'effort surtout sur membres inférieurs • Emission d'urine normale 	<ul style="list-style-type: none"> • Hépatalgie d'effort (« le foie cardiaque ») • +/- de troubles digestifs • Puis hépatalgie de repos • Dyspnée non systématique, présente qu'en cas de pathologie pulmonaire causale ou d'insuffisance cardiaque gauche associée • Pas d'essoufflement dans l'IC droite

	puis de plus en plus réduite	pure <ul style="list-style-type: none"> • Faible émission d'urine • Œdèmes des membres inférieurs après longue évolution (blancs, indolores, mous)
Complications	Œdème aigu du poumon (OAP) : dyspnée importante, toux incessante, angoisse, agitation, coloration bleutée de la peau	<ul style="list-style-type: none"> • Poussées successives • Possible embolie pulmonaire liée à la stagnation du sang dans les veines
Etiologies	Surcharge de pression (IC Systolique)	Surcharge de pression (IC Systolique)
	Rétrécissement aortique, coarctation de l'aorte ²³ , myocardiopathie obstructive	HTA pulmonaire secondaire à une maladie pulmonaire <ul style="list-style-type: none"> • cœur pulmonaire aigu (embolie pulmonaire, pneumopathie sévères...) • cœur pulmonaire chronique (asthme, BPCO, maladie thromboembolique chronique...) • HTA primitive
	Surcharge de volumique (IC Diastolique)	Surcharge de volumique (IC Diastolique)
	Insuffisance mitrale, insuffisance aortique	Insuffisance tricuspидienne ou pulmonaire cardiopathie avec shunt gauche droit
	Maladie du myocarde	Maladie du myocarde
	Cardiopathies ischémiques →myocardiopathie dilatée primitive Cardiopathies spécifiques (hémochromatose, sarcoïdose, collagénose, hémopathie...) Myocardiopathie toxiques (alcool, anthracyclines) Myocardiopathie infectieuse : maladie de Chagas ⁴ , myocardite virale	Cardiopathie ischémique (IDM,...)

² Rétrécissement de l'aorte juste en deçà de la sous-clavière gauche

⁴ Infection due au **parasite** *Trypanosoma cruzi*

	Obstacle remplissage VG mycardiopathie hypertrophique primitive ou secondaire à une pression Maladie de surcharge (amylose) Rétrécissement mitral	Obstacle remplissage VG Tamponnade, rétrécissement tricuspide...
	IC Gauche à débit élevé : anémie maladie de Paget, hyperthyroïdie, avitaminose B1, fistules artério-veineuses	IC Gauche à débit élevé (idem IC Gauche)
IC globale	combine ces différents signes mais à	degrés divers

1.3.5. Les mécanismes fondamentaux de l'IC

Trois mécanismes fondamentaux sont à l'origine de l'insuffisance cardiaque :

1-**Diminution de la force contractile du myocarde** conséquence d'une maladie intrinsèque du muscle cardiaque, d'une amputation de la masse contractile, ou d'une diminution de la distensibilité diastolique. Des troubles de la relaxation myocardique peuvent se surajouter mais pas de manière systématique.

2-**Surcharge de pression liée à l'augmentation des pressions en aval du Ventricule gauche** ce qui correspond à une augmentation de la post-charge et conduit à une élévation de la masse myocardique et du rapport épaisseur /diamètre du VG.

3-**Surcharge de volume liée à l'augmentation de la précharge** qui conduit à une dilatation du ventricule gauche ou du ventricule droit.¹³⁵

1.3.6. Mécanismes de compensation

Quel que soit le type de défaillance cardiaque, il existe une diminution, à la fois du débit cardiaque et de la pression sanguine. Plusieurs mécanismes interviennent pour améliorer ensemble, la fonction cardiaque mais les effets à long terme de ces mécanismes adaptatifs sont délétères.

1.3.6.1. Mécanismes précoces : les stimulations neuro-hormonales extrinsèques et les mécanismes intrinsèques cardiaques

La plupart des mécanismes d'adaptation physiologique en cas d'IC sont médiés par des systèmes neuro-hormonaux. Ces mécanismes ont pour objectif de lutter contre la baisse du débit cardiaque et de maintenir une oxygénation tissulaire périphérique satisfaisante. Les deux principaux systèmes mis en jeu sont le système rénine-angiotensine-aldostérone (RAA) et le système sympathique.

Le système RAA: la baisse du volume et du débit sanguin rénal provoque une augmentation de la synthèse de rénine par le rein conduisant à une augmentation de la formation angiotensine II (la rénine permet transformation angiotensine I en angiotensine II) et d'aldostérone (angiotensine II stimule la sécrétion d'aldostérone par les corticosurrénales). L'angiotensine II a des propriétés vasoconstrictrices puissantes et l'aldostérone permet la réabsorption tubulaire du sodium et du chlore contribuant à l'augmentation du volume plasmatique.

Le système sympathique : l'activation de ce système par les barorécepteurs conduit à une augmentation des catécholamines. Il en résulte une effet inotrope et lusinotrope, une tachycardie, une vasoconstriction artériolaire, une augmentation de la réabsorption de sodium et une activation de la sécrétion de rénine.

D'autres substances interviennent dans les mécanismes d'adaptation à cours terme :

- la vasopressine, hormone appelée également hormone antidiurétique est produite par les neurones de l'hypothalamus et stockée dans la post-hypophyse. Elle stimule la réabsorption de l'eau au niveau tubulaire et possède un effet vasoconstricteur au niveau artériolaire.
- le FAN (Facteur atrial natriurétique), libérée par les cardiocytes en réponses aux phénomènes décrits précédemment. Il augmente la filtration glomérulaire et la natriurèse et réduit le travail cardiaque en diminuant les résistances vasculaires (vasodilatation). Il inhibe la sécrétion et l'action de la rénine et de la vasopressine.¹³⁶
- le BNP (Peptide natriurétique de type B), libéré suite à l'étirement des fibres ventriculaires et présente un grand intérêt car c'est un marqueur diagnostic et pronostic.

- l'Endothéline, joue un rôle au niveau du maintien de la pression artérielle car ce peptide possède une action vasoconstrictrice et semble avoir un effet trophique sur les myocytes. Il est particulièrement élevé chez les insuffisants cardiaques, mais il n'est pas encore établi s'il s'agit d'une diminution de son métabolisme ou une augmentation de sa production.¹³⁷
- le NO (oxyde nitrique), action vasodilatatrice au niveau des muscles lisses.¹³⁵

Ces mécanismes sont activés rapidement en cas d'altération aigüe mais s'avèrent être délétères pour le myocarde en cas d'activation chronique.¹³⁸

La Figure IC 1 permet de mettre en évidence les mécanismes compensateurs qui se mettent en place pour contrer les symptômes de l'insuffisance cardiaque congestive.

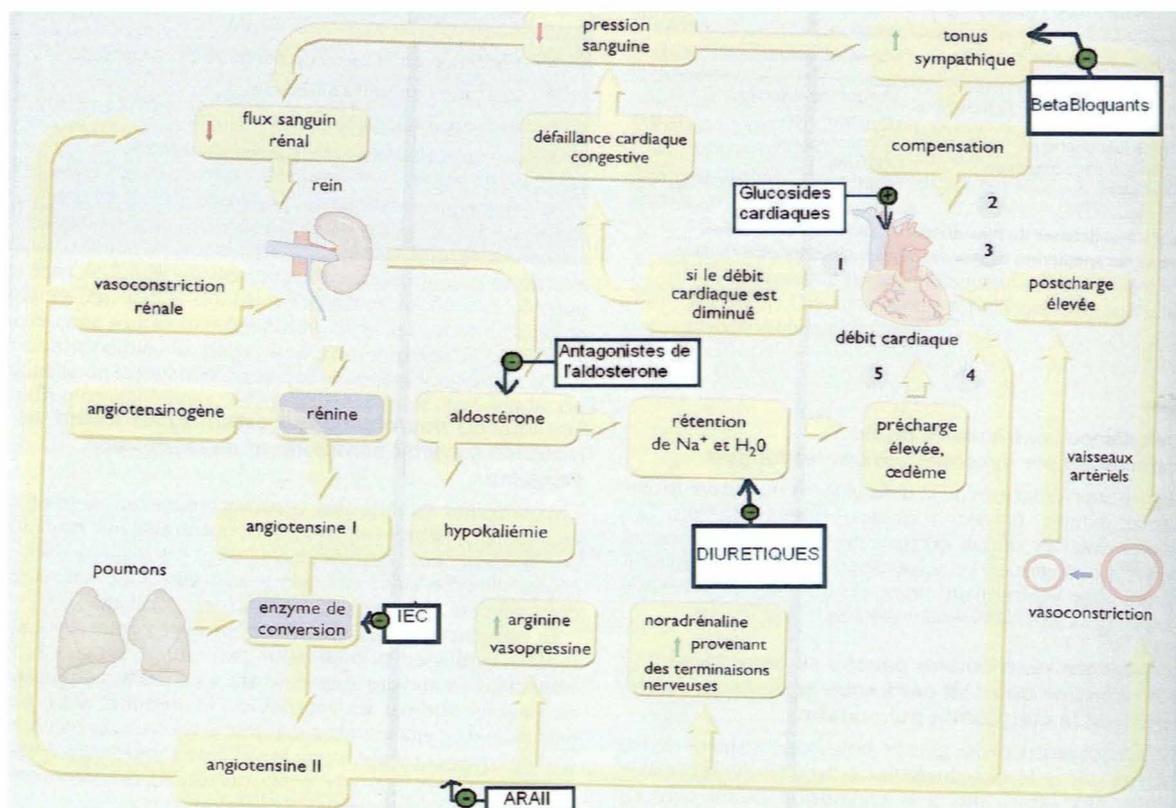


Figure IC 1 : Les mécanismes compensateur neurohormonaux extrinsèques impliqués dans l'insuffisance cardiaque congestive¹³⁹

Légende :

- (1) Le débit cardiaque est diminué dans l'ICC
- (2) Le réflexe sympathique de compensation pour augmenter le débit,
- (3) Une élévation associée de la post charge peut réduire le débit cardiaque.

La cascade des autres événements peut mener à l'hypertrophie (4) par suite des actions de l'angiotensine II sur le cœur, qui augmente le débit cardiaque et la rétention de Na⁺. Cela peut accroître le débit cardiaque (5) en augmentant la précharge et la pression ventriculaire gauche de fin de diastole, mais peut causer la mort en provoquant un œdème pulmonaire.

Deux types de mécanismes sont impliqués dans l'insuffisance cardiaque, les mécanismes d'adaptation cardiaque et les mécanismes d'adaptation périphérique.

Tableau IC III : Les mécanismes d'adaptation impliqués dans l'insuffisance cardiaque¹³⁵

Adaptation cardiaque	Adaptation périphérique
<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'hyperactivité sympathique qui conduit à une triple action : <ul style="list-style-type: none"> • Chronotrope positive, • Inotrope positive, • Lusiotrope positive Conduisant à une tachycardie qui maintient le débit cardiaque malgré la baisse d'éjection ventriculaire. ▪ La dilatation Ventriculaire d'apparition progressive augmente la contractilité du ventricule. Mais elle conduit à : <ul style="list-style-type: none"> • limiter la pression intraventriculaire gauche ; • augmenter travail cardiaque. ▪ L'hypertrophie myocardique qui conduit à l'augmentation de la consommation myocardique en oxygène. Elle permet de : <ul style="list-style-type: none"> • limiter la pression intraventriculaire gauche ; • d'augmenter le travail cardiaque. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La vasoconstriction artériolaire (liée à l'activation du système RAA, à l'hyperactivité sympathique et à la stimulation de la sécrétion de vasopressine) permet de maintenir la pression artérielle malgré un débit cardiaque abaissé. ▪ Augmentation des pressions veineuses. ▪ Augmentation de l'extraction d'oxygène au niveau tissulaire : élargissement de la différence artério-veineuse en oxygène.

1.3.6.2. Effets à long terme

A long terme, ces mécanismes de compensation vont être dépassés et délétères pour le myocarde.

- La stimulation myocardique provoque, à long terme une augmentation du travail cardiaque et un état d'ischémie chronique accélérant la dysfonction myocardique, favorisant le remodelage cardiaque et la survenue de troubles rythmique ventriculaires.

- La vasoconstriction et la rétention hydrosodée induite par le système RAA maintiennent la pression artérielle mais augmentent la post-charge ventriculaire et accélèrent la dysfonction myocardique.
- Au stade ultime, la dilatation ventriculaire ne permet plus une augmentation de la contractilité myocardique mais au contraire est à l'origine d'une diminution de celle-ci.

L'insuffisance cardiaque est une pathologie qui tend donc à se pérenniser et à s'auto-aggraver progressivement. Cet équilibre précaire peut d'ailleurs être déstabilisé par des évènements aigus comme une évolution de la cardiopathie ou des facteurs externes susceptibles de déclencher ou d'aggraver une insuffisance cardiaque (apport excessif de sodium, non observance du traitement, poussée hypertensive, broncho-pneumopathie aiguë, embolie pulmonaire, troubles du rythme, anémie, endocardite infectieuse, grossesse, médicaments inotropes négatifs)¹³⁸.

2. Prise en charge du patient insuffisant cardiaque chronique

2.1. Le Diagnostic initial

Le diagnostic de l'IC doit être évoqué devant l'association de symptômes, d'anomalies à l'examen clinique et d'un contexte à risque. Il doit être confirmé chaque fois que possible par des examens complémentaires, car les données cliniques seules aboutissent à un diagnostic faux dans plus d'un tiers des cas.

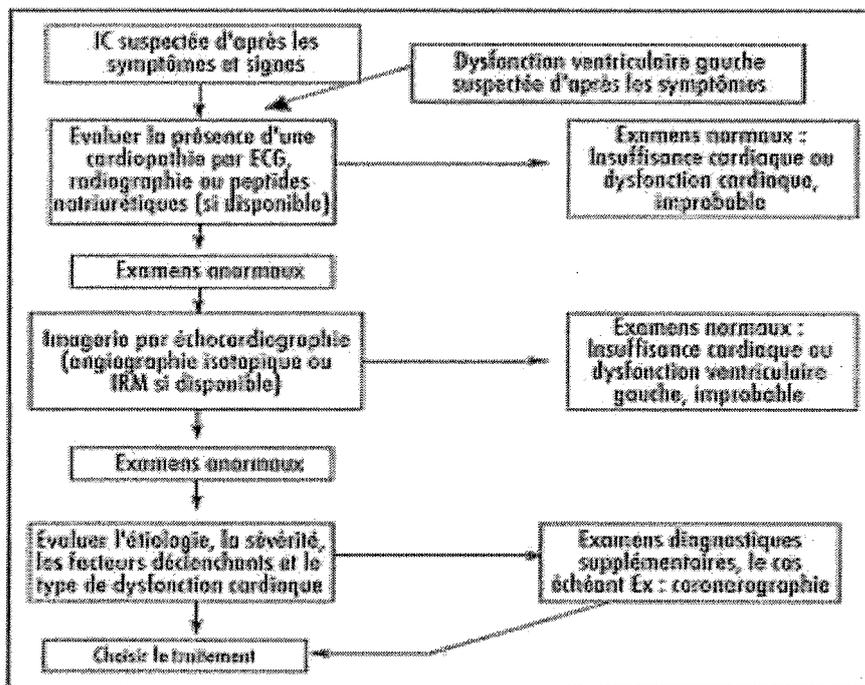


Figure IC 2 : Algorithme pour le diagnostic d'insuffisance cardiaque ou de dysfonction ventriculaire gauche.¹⁴⁰

Les symptômes et signes sont importants car ils alertent sur l'éventuelle présence d'une insuffisance cardiaque. Toute suspicion clinique d'une IC doit être confirmée par des examens objectifs visant en particulier à évaluer la fonction cardiaque (Tableau IC IV).

Tableau IC IV: Les examens du diagnostic de l'insuffisance cardiaque

<p>Electrocardiogramme</p>	<p>Recherche d'une fibrillation auriculaire (FA) ou d'une séquelle d'infarctus myocardique. Rarement normal mais anomalies non spécifiques</p>
<p>Echographie cardiaque</p>	<p>Examen de référence pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - confirmer le diagnostic, - préciser sa cause, - évaluer le pronostic ; <p>peut être normal en cas de dysfonction diastolique de la personne âgée</p>
<p>Radiographie thoracique</p>	<p>Utile en cas de dyspnée aiguë car peut montrer des signes de cardiomégalie, de congestion pulmonaire ou d'épanchement pleural.</p>
<p>Examens biologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - systématiques : hémogramme, dosages de la kaliémie, la natrémie, la créatinémie et la glycémie à jeun. - dans certaines circonstances : TSH en cas d'IC avec FA ; enzymes hépatiques en cas de signe d'alcoolisme ou de foie cardiaque, Cholestérol total et LDL cholestérol en cas de coronaropathie ; albuminurie en cas de syndromes néphrotique ; albuminémie en cas de suspicion d'insuffisance hépatique. 	<p>Afin d'éliminer certaines causes non cardiaques de dyspnée ou d'œdème (anémie, maladie rénale ou hépatique) et de chercher certaines causes ou facteurs aggravants (diabète, insuffisance rénale, maladie thyroïdienne, polyglobulie ou anémie).</p>

La coronaropathie peut être discutée en cas d'IC avec angor.

2.2. Traitement non médicamenteux

- **Eduquer les patients et leurs familles**

- **Surveiller leur poids de façon régulière** (une fois par jour, deux fois par semaine) et en cas de gain de plus de 2 kg en 2 jours, prévenir leur médecin traitant, car il y a une rétention.¹⁴¹

- **Limiter les facteurs toxiques pour le cœur (alcool), sa toxicité peut se déclencher même à doses très modérées.** Néanmoins une consommation modérée d'alcool est tolérée (une bière ou un à deux verres de vin par jour) sauf en cas de cardiomyopathie alcoolique.¹⁴⁰

- **Limiter les facteurs favorisant l'athérome** (tabac, sédentarité, stress, hypertension artérielle...).

Le tabac est ainsi formellement contre-indiqué car il expose à un risque coronarien lié notamment à une augmentation du rythme cardiaque, de la pression artérielle et de la pression artérielle pulmonaire. Il favorise l'augmentation de la fréquence cardiaque et des résistances périphériques ce qui conduit à une augmentation du travail cardiaque. Les effets bronchiques et respiratoires peuvent être responsables de l'aggravation d'une insuffisance cardiaque.

- **Eviter une surcharge pondérale**, facteur favorisant d'une part l'athérome mais également conduisant à une surcharge de travail inutile du cœur.

- **Limiter la consommation de chlorure de sodium (NaCl) pour limiter la volémie.**

Le régime sans sel prend une part importante dans le traitement de l'insuffisance cardiaque. La limitation de la consommation de sel va surtout dépendre du stade de la maladie et de l'efficacité des diurétiques. Il est conseillé de débiter par un régime sans sel doux pour éviter de créer un phénomène d'inappétence qui pourrait conduire à un problème de dénutrition chez la personne âgée puis, en fonction du stade de la maladie, renforcer le régime lorsque cela est nécessaire.

Les recommandations concernant la consommation de sel chez un insuffisant cardiaque chronique est de 5g de NaCl par jour. Il est important de sensibiliser les malades sur leur consommation de sel journalière et sur la proportion de sel dans les aliments qu'ils consomment au quotidien.

Tableau IC V : Régime désodé recommandé en fonction du stade de l'insuffisance cardiaque

Stade de l'IC	Consommation de NaCl
IC modérée	Régime peu sodé : maximum 5 g NaCl par jour
IC s'aggrave	Régime restrictif : 2 à 4 g de NaCl par jour
OAP	Régime désodé strict : 2g de NaCl par jour

Informez les patients, sur l'importance de lire la teneur en sodium des aliments sur les étiquettes. Pour obtenir la quantité de chlorure de sodium il faut multiplier par 2,5 environ car les étiquettes expriment en général la quantité en sodium mais pas en chlorure de sodium.¹⁴¹

- **Limiter l'apport liquidien** chez les patients avec IC avancée, avec ou sans hyponatrémie. Une restriction hydrique de 1.5 à 2L est conseillée. Tous les liquides consommés dans la journée doivent être pris en compte : café, thé, vin, eau, sodas, etc.

Quelques repères

1 bol de café ou de soupe= 350 millilitres

1 verre d'eau=150 millilitres

10 verres d'eau= 1,5 litre

1 tasse de café= 50 millilitres

- **Perte de poids anormale** qui peut apparaître puisqu'il existe une malnutrition chez 50% des malades avec une IC sévère. La diminution de la graisse corporelle totale et de la masse corporelle qui accompagne la perte de poids est appelée cachexie cardiaque et constitue un facteur prédictif d'une survie réduite.

- **Les voyages** en altitudes élevées ou très chauds et humides sont à éviter. Les courts trajets en avion sont à préférer aux longs vols.

- **L'activité sexuelle** est déconseillée chez les insuffisants cardiaques de classe III et IV car ils sont à haut risque de décompensation cardiaque. Les patients de classe II sont à risque intermédiaire.¹⁴²

- **Attention aux sels de substitution riches en potassium.**

Ils peuvent être responsables d'une hyperkaliémie, qui rend parfois impossible l'augmentation des doses d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC).

- **Attention aux formes effervescentes riches en sodium.**

L'effervescence est effectivement obtenue par l'adjonction au principe actif de bicarbonate de sodium qui est à l'origine en milieu aqueux d'une réaction chimique avec libération, de gaz carbonique. Toute forme effervescente est susceptible d'apporter un surcroît de sodium. Les médicaments concernés sont des médicaments d'utilisation courante dans le cas de traitements chroniques ou en cas d'automédication (Annexe IC 1).¹⁴³

- Le **conditionnement physique** est essentiel dans l'insuffisance cardiaque. Le lit et l'immobilité sont réservés à la phase aiguë de l'insuffisance cardiaque. Le caractère pénible des efforts limite les activités physiques, ce qui déconditionne peu à peu le muscle squelettique limitant à la longue encore plus l'effort. Un programme de reconditionnement physique permet une amélioration importante des capacités fonctionnelles des patients. Il doit être adapté au patient, programme de réadaptation pour les patients jeunes, kinésithérapie douce et marche pour les personnes plus âgées.

Les différentes publications sur les effets à court terme de cette réadaptation cardiaque permettent d'affirmer la bonne tolérance et les effets bénéfiques de l'entraînement se traduisant par une diminution de la gêne fonctionnelle, l'accroissement des capacités maximales d'effort et une meilleure tolérance des efforts sous maximaux.¹⁴⁴

Les mécanismes des effets bénéfiques sont essentiellement liés à l'amélioration des anomalies périphériques (augmentation de la masse musculaire, meilleure adaptation ventilatoire, amélioration des capacités de vasodilatation) et de l'équilibre vago-sympathique sans

modification des paramètres centraux (débit cardiaque, fraction d'éjection ou volume d'éjection systolique).¹⁴⁵

- La **vaccination anti-grippale annuelle** et la **vaccination contre les infections à pneumocoques** sont conseillées.

2.3. Le traitement médicamenteux

Les choix thérapeutiques doivent être adaptés en fonction du contexte clinique et des complications (hypotension artérielle, insuffisance rénale, hyperkaliémie, fibrillation auriculaire, trouble rythmique ventriculaire, effets indésirables des médicaments). Globalement les médicaments de référence en cas d'IC sont les IEC, les diurétiques, la spironolactone, la digoxine et certains bêtabloquants. Le traitement actuel ne se préoccupe pas seulement d'améliorer les symptômes mais se concentre à prévenir le passage d'une dysfonction cardiaque asymptomatique à une IC symptomatique, à influencer sur la progression de la maladie et à réduire la mortalité.¹⁴⁶

2.3.1. Classes thérapeutiques de référence

Ces médicaments de référence agissent directement au niveau des différents symptômes de l'insuffisance cardiaque, conséquences des mécanismes d'adaptation (Figure IC 1).

2.3.1.1. Les Inhibiteurs de l'enzyme de conversion : les IEC

Les IEC sont le traitement de première intention de toute IC car ils réduisent la mortalité, ils sont d'ailleurs recommandés en première intention chez les patients avec une diminution de la fonction systolique ventriculaire gauche, se traduisant par une fraction d'éjection abaissée. Ils agissent par inhibition de l'enzyme de conversion (EC), enzyme clef du système rénine angiotensine, directement impliquée dans le mécanisme de stimulation neurohormonale mis en place pour contrer les effets de l'insuffisance cardiaque et qui constitue un handicap important à long terme. En limitant la formation d'angiotensine II (hormone vasoconstrictrice) et la synthèse d'aldostérone, il en résulte une action

vasodilatatrice artérielle et veineuse et une action anti-hypertensive conduisant à une réduction de la précharge et de la postcharge et à une augmentation du débit cardiaque. Les IEC permettent en effet une diminution de la post-charge par réduction des résistances vasculaires systémiques avec une élévation du volume d'éjection systolique et par conséquent du débit cardiaque.

Les IEC limitent l'évolution de l'insuffisance cardiaque à long terme par leur action anti-hormonale ce qui se traduit par une diminution de la mortalité, du risque d'hospitalisation et de la progression de la maladie. Les IEC améliorent ainsi la survie, les symptômes, et réduisent les hospitalisations chez les patients avec IC sévère ou modérée et dysfonction systolique du ventricule gauche. Une récente synthèse portant sur des patients avec une insuffisance ventriculaire et/ou une IC, provenant de cinq grandes études contrôlées dont trois avaient inclus des patients tôt après l'infarctus, a démontré que l'usage des IEC réduisaient de façon significative la mortalité, les admissions pour IC et les récurrences d'infarctus indépendamment de l'âge, du sexe et de l'usage de diurétiques, d'aspirine et de bêtabloquants. Le bénéfice est maximal pour les patients dont l'IC est sévère.¹⁴⁷ Le statut fonctionnel des patients se trouve ainsi nettement amélioré par contre, la capacité à l'effort ne bénéficie que fort modestement de ce traitement.¹⁴²

Le traitement par IEC doit être mis en route systématiquement (sauf en cas de sténose bilatérale des artères rénales, et/ou d'un angio-œdème survenu au cours d'un emploi antérieur d'IEC, de grossesse ou d'allaitement).

Tableau IC VI : Procédures recommandées pour débiter un traitement par IEC ¹⁴²

- 1- Revoir la nécessité et les doses de diurétiques et de vasodilatateurs (réduire ou stopper le diurétique)
- 2- Pas de diurèse excessive avant le traitement. Réduire ou enlever les diurétiques si utilisés pendant 24h.
- 3- Il peut être souhaitable de débiter le traitement le soir chez un patient allongé afin de réduire l'effet négatif potentiel sur la pression artérielle (PA), bien qu'il n'y ait pas de données à cet égard concernant l'IC. Si le traitement débute le matin, il est bon de surveiller la PA pendant les heures suivantes.
- 4- Débiter à faibles doses et progresser (doubler la dose tous les 3 à 7 jours) jusqu'aux doses d'entretien démontrées efficaces dans les grands essais.
- 5- Arrêter ce traitement si la fonction rénale se dégrade sérieusement.
- 6- Éviter les diurétiques épargneurs de potassium en début de traitement.
- 7- Éviter les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
- 8- Vérifier la PA, la fonction rénale, les électrolytes avant le traitement, 1 à 2 semaines après chaque augmentation de dose, à 3 mois et à intervalles de 6 mois ultérieurement.

Tableau IC VII : Doses d'entretiens recommandées pour un IEC ¹⁴²

Produit (DCI)	Dose de départ	Dose d'entretien
Bénazépril (Cibacene®)	2.5mg/j	5-10mg x 2/j
Captopril (Lopril®)	6.25mg X3/j	25-50mg x 3/j
Enalapril (Renitec®)	2.5mg/j	10mg x 2/j
Lisinopril (Zestril®)	2.5mg/j	5-20mg/j
Quinalapril (Acuitel®)	2.5-5mg/j	5-10mg/j
Perindopril (Coversyl®)	2mg/j	4mg/j
Ramipril (Triatec®)	1.25-2.5mg/j	2.5-5mg x 2/j
Cilazapril (Justor®)	0.5mg/j	1-2.5mg/j
Fosinopril (Fozitec®)	10mg/j	20mg/j
Trandolapril (Odrik®)	1mg/j	4mg/j

Les effets indésirables importants liés à l'administration des IEC sont : hypotension, syncope, insuffisance rénale, hyperkaliémie et angio-œdème. Bien que la toux puisse souvent être liée à l'IC ou à des affections concomitantes, par exemples respiratoires, une toux sèche est un effet secondaire fréquent des IEC (liée à la stimulation de la sécrétion de bradykinine) ; une substitution des IEC par des antagonistes des récepteurs à l'angiotensine II à dose croissante peut être proposée.

Le cromoglycate de sodium ou un inhibiteur de la thromboxane-synthétase peuvent supprimer la toux durant un traitement par IEC mais l'usage d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) par contre risque d'aggraver l'IC.¹⁴⁸

Une adaptation posologique sera nécessaire en cas d'insuffisance rénale.

2.3.1.2. Les diurétiques

Les diurétiques sont essentiels pour le traitement symptomatique lorsqu'une surcharge hydrique existe et se traduit par un état congestif pulmonaire ou un œdème périphérique. Leur utilisation entraîne une amélioration rapide de la dyspnée et accroît la tolérance à l'effort.¹⁴⁹

Il existe cinq classes de diurétiques mais seuls les diurétiques thiazidiques, les diurétiques de l'Anse et les épargneurs potassiques sont utilisables dans l'insuffisance

cardiaque. Tous ont la caractéristique d'augmenter la diurèse et d'éliminer le sodium par divers mécanismes au niveau rénal. Ils sont donc très utiles dans la composante parfois congestive de l'insuffisance cardiaque limitant les symptômes de congestion et d'œdèmes périphériques.

Les diurétiques de l'anse : le furosémide et le bumétanide

Les diurétiques de l'anse sont les diurétiques les plus utilisés dans l'insuffisance cardiaque car ce sont les plus efficaces et restent actifs en cas d'insuffisance rénale. Leur effet natriurétique est lié à l'inhibition du co-transport Na^+ , K^+ , 2Cl^- au niveau de la branche ascendante de l'anse de Henlé.

Leur effet est proportionnel à la dose. Ainsi la dose habituelle est de 40mg/jour de furosémide ou 1mg de bumétanide mais cette dose peut aller jusqu'à 500mg/jour en fonction de la congestion et des œdèmes périphériques.

Ces diurétiques peuvent conduire à une hypovolémie et à une hypokaliémie. Une surveillance régulière de l'ionogramme est donc nécessaire.¹⁵⁰

Les diurétiques thiazidiques

Les diurétiques thiazidiques possèdent les mêmes indications que les diurétiques de l'Anse mais leur utilisation est réservée aux insuffisances cardiaques modérées en absence d'une insuffisance rénale sévère. Leur adaptation posologique se fera de la même façon que les diurétiques de l'Anse. Ils présentent eux aussi un risque important d'hypokaliémie ce qui impose une surveillance régulière de l'ionogramme.¹⁵⁰

Les diurétiques épargneurs de potassium

L'emploi de diurétiques épargneurs (spironolactone, amiloride et triamtérène) de potassium ne doit être envisagé que s'il existe une hypokaliémie persistante malgré l'action de l'IEC ou en cas d'IC sévère, en dépit d'une combinaison d'un IEC et de la spironolactone à dose faible. Les suppléments potassique s'avèrent être inefficaces dans cette situation.

La spironolactone

Diurétique hyperkaliémiant, la spironolactone est une antialdostérone. Elle agit par antagonisme compétitif de l'aldostérone sur son récepteur. Cette molécule est caractérisée par

ses propriétés antihypertensive, natriurétique modérée, inducteur enzymatique faible et antiandrogénique.

Dans le cadre du traitement de l'insuffisance cardiaque, son utilisation se limite aux patients présentant une hypokaliémie persistante sous IEC ou une IC sévère (stade III).

Sa posologie est de 25 mg/jour, à diminuer à 25 mg/2 jours en cas d'hyperkaliémie comprise entre 5 et 5,5mmol/l et arrêtée en cas de kaliémie supérieure à 5,5mmol/l ou d'insuffisance rénale.¹⁵⁰ Si après un mois les symptômes persistent et la kaliémie reste normale la dose sera augmentée à 50mg/j.

Une surveillance étroite de la kaliémie et de la créatinémie au cours du traitement est très importante (après une semaine de traitement puis tous les mois pendant trois mois puis tous les trois mois, puis tous les 6 mois).

Il a été démontré que l'association de la spironolactone aux IEC présente un effet significatif sur l'espérance de vie, il y a notamment une diminution du risque de décès par troubles du rythme liés à une hypokaliémie (étude Rales).^{150,151}

Cas particulier de L'éplérénone

Antagoniste des récepteurs de l'aldostérone, son indication est bien particulière. Il doit être débuté à l'hôpital chez un insuffisant cardiaque en post-infarctus dans les 3 à 14 jours suivant l'infarctus. Il doit être associé au traitement conventionnel de l'insuffisance cardiaque associant IEC et Bêtabloquant.

Ce traitement ne pourra être administré à un patient avec une clairance à la créatinine inférieure à 50ml/min et/ou à un patient avec une kaliémie supérieure à 5mmol/l.

La posologie sera de 25mg/jour pendant 4 semaines puis après titration et évaluation clinique, passage si possible à une posologie de 50mg/j.

La kaliémie sera régulièrement évaluée, une adaptation posologique sera réalisée en fonction de celle-ci.¹⁵²

Tableau IC VIII : Procédure recommandée pour un traitement par diurétique dans cadre d'une Insuffisance cardiaque¹⁵¹

Traitement de départ

- Diurétique de l'Anse ou thiazidique toujours administrés en plus de l'IEC
- Si taux de filtration glomérulaire <30ml/min, éviter les thiazidiques sauf si prescrits en renfort d'un diurétique de l'anse.

Réponse insuffisante

- (1) Augmenter la dose du diurétique
- (2) Associer un thiazidique
- (3) Si rétention hydrique persistante, diurétique de l'anse 2 fois/j

En cas d'IC sévère, des doses accrues de diurétiques de l'Anse sont nécessaires, et cela peut être dû à une aggravation de la fonction rénale ou à une absorption digestive diminuée. L'administration intra-veineuse, en particulier en perfusion continue, surmonte cette résistance aux diurétiques.

Dans les formes d'IC sévère, les thiazidiques ont une synergie d'action avec les diurétiques de l'anse et peuvent être utilisés en combinaison.¹⁵³

Diurétiques épargneurs de potassium (K⁺) : triamtérène, amiloride, spironolactone

- Seulement s'il existe une hypokaliémie persistante après le début de traitement avec IEC et diurétique
- Débuter par une dose faible 1 semaine, vérifier la kaliémie et la créatinémie après 5-7 jours et titrer en fonction. Révérifier tous les 5-7 jours jusqu'à des valeurs de potassium stables.

Tableau IC IX : Posologies/effets indésirables des diurétiques ¹⁵¹

	Dose initiale (mg/j)	Dose maximale quotidienne	Effets secondaires
Diurétiques de Anse			
Furosémide (Lasilix®)	20-40	250-500	Hypokaliémie Hypomagnésémie Hyponatrémie
Bumétanide (Burinex®)	0.5-1.0	5-10	Hyperuricémie Intolérance au glucose
Hypokaliémiants			
Hydrochlorothiazide (Esidrex®)	25	50-75	Hypokaliémie Hypomagnésémie Hyponatrémie
Indapamide (Fludex®)	2.5	2.5	Déséquilibre acido- basique
Ciclétanine (Tenstaten®)	50	100-200	Hypokaliémie
Épargneurs de K⁺	+IEC / -IEC	+IEC / -IEC	
Amiloride (Modamide®, en association modureti®c, logirène®)	2.5 5	20 40	Hyperkaliémie, rash
Triamtérène	25 50	100 200	Hyperkaliémie
Spironolactone (Aldactone®, en association :Aldactazine® ,Aldalix®)	25 50	50 100-200	Hyperkaliémie, gynécomastie

2.3.1.3. Les Bêtabloquants

Les bêtabloquants sont recommandés pour le traitement de tous les patients avec une IC stable légère, modérée ou sévère causée par des cardiomyopathies ischémiques ou non ischémiques, avec une fraction d'éjection ventriculaire abaissée, se situant dans les classes II à IV NYHA et bénéficiant d'un traitement standard, incluant diurétiques et IEC sauf contre-indication.

Seules quatre molécules ont l'AMM dans l'insuffisance cardiaque chronique : le carvedilol (sélectivité pour les récepteurs alpha 1, bêta 1 et 2), le bisoprolol, le nébivolol et le métoprolol (sélectivité pour les récepteurs bêta).¹⁵¹

Les bêtabloquants sont néanmoins contre-indiqués en cas d'insuffisance cardiaque aiguë dû fait de leur effet inotrope négatif ; néanmoins leur efficacité a été prouvée dans l'insuffisance cardiaque chronique. Les contre-indications aux bêtabloquants pour les patients IC sont l'asthme sévère, les broncho-pneumopathies sévères, les bradycardies et les hypotensions.

Les bêtabloquants sont des antagonistes compétitifs des catécholamines au niveau des récepteurs situés principalement au niveau du cœur, des vaisseaux et des bronches.

Au niveau cardiaque, les bêtabloquants ont une action bradycardisante et inotrope négative. Ils ralentissent la conduction du nœud auriculo-ventriculaire et diminuent le débit cardiaque. Parallèlement, ils diminuent le travail cardiaque et la consommation d'oxygène par le myocarde au repos et surtout à l'effort et possèdent une action anti-hypertensive.

Leurs bénéfices résultent de trois mécanismes qui conduisent à une diminution de 34% de la mortalité (par une amélioration de la fonction ventriculaire) par contre la capacité à l'effort n'est en général pas améliorée :

- Diminution de la stimulation sympathique résultant de la stimulation neuro-hormonale permettant de diminuer la consommation d'oxygène et donc d'énergie ;
- Réduction de la fréquence cardiaque permettant un meilleur remplissage en diastole,
- Régulation positive des récepteurs bêta-adrénergiques désensibilisés.

Tableau IC X : Procédure recommandée pour débuter un traitement par bêtabloquant ¹⁵¹

Les patients doivent être sous traitement de fond avec IEC, s'il n'est pas contre-indiqué.

- 1- Les patients devraient être en condition relativement stable, sans besoin d'inotropes positifs intraveineux et sans signes de rétention hydrique marquée.
- 2- Débuter par une dose très faible et titrer jusqu'à la dose d'entretien prouvée efficace dans les grands essais. La dose peut être doublée chaque 1 à 2 semaine si la dose précédente était bien tolérée. Le plus souvent, les patients sont traités en consultation externe.
- 3- Une aggravation transitoire de l'IC, une hypotension ou une bradycardie peuvent survenir durant la période de titration ou aussitôt après :
 - surveiller le patient pour la mise en évidence de symptômes d'IC, de rétention hydrique, d'hypotension, de bradycardie ;
 - si les symptômes s'aggravent, augmenter d'abord les diurétiques ou les IEC ; si nécessaire réduire temporairement la dose de bêtabloquant ;
 - si hypotension, d'abord réduire la dose de vasodilatateurs et si besoins la dose de bêtabloquants ;
 - en présence de bradycardie, réduire ou arrêter les produits qui peuvent ralentir la fréquence cardiaque ; réduire le bêtabloquant si besoin, mais ne l'arrêter que si cela est indispensable ;
 - toujours penser à réintroduire ou augmenter la dose de bêtabloquant quand le patient devient stable.

Si un inotrope est nécessaire pour traiter un patient décompensé sous bêtabloquant, les inhibiteurs de la phosphodiesterase devront être préférés car leurs effets hémodynamiques ne sont pas antagonisés par les bêtabloquants.

Tableau IC XI : Posologies des bêtabloquants ¹⁵¹

Bêtabloquant	1 ^{ère} dose (mg/j)	Augmentation (mg/j)	Dose cible (mg/j)	Période de titration
Bisoprolol (cardentiel®)	1.25	2.5-3.75-5-7.5-10	10	Semaine mois
Métoprolol tartrate (Seloken®)	5	10-15-3.-50-75-100	150	Semaine mois
Métoprolol succinate (Selozok LP®)	12.5/25	25-50-100-200	200	Semaine mois
Carvédilol (Kredex®)	3.125	6.25-12.5-25-50	50	Semaine mois
Nébivolol (Temerit®)	2,5	5-7,5-10	10	Semaine mois

L'instauration devra se faire à doses très faibles, on respectera des paliers entre chaque augmentation en s'assurant que la dose est bien tolérée par une surveillance cardiologique toutes les heures pendant 4 heures (surveillance de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle).

2.3.1.4. Antagonistes des récepteurs à l'angiotensine II : les ARA II

Les antagonistes de l'angiotensine II, alias *Sartans*, ont des effets hémodynamiques proches de ceux des IEC, mais ils diffèrent par leur mécanisme d'action et leurs effets indésirables. Il est à noter avec les Sartans, une incidence plus faible de la toux par rapport aux IEC néanmoins ils exposent à des risques comparables d'insuffisance rénale, d'hyperkaliémie et sont contre-indiqués en cas de grossesse.

Les ARA II sont des antagonistes spécifiques et compétitifs de l'angiotensine II sur les récepteurs de types AT1. Ils possèdent un effet antihypertenseur comparable à celui des IEC et ont l'avantage de provoquer moins de toux.

Ils sont eux aussi contre-indiqués en cas de sténose des artères rénales, d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale sévère, de cirrhose biliaire, de cholestase, d'hypersensibilité, de grossesse et d'allaitement. Eviter leur utilisation chez des patients ayant présenté un angio-

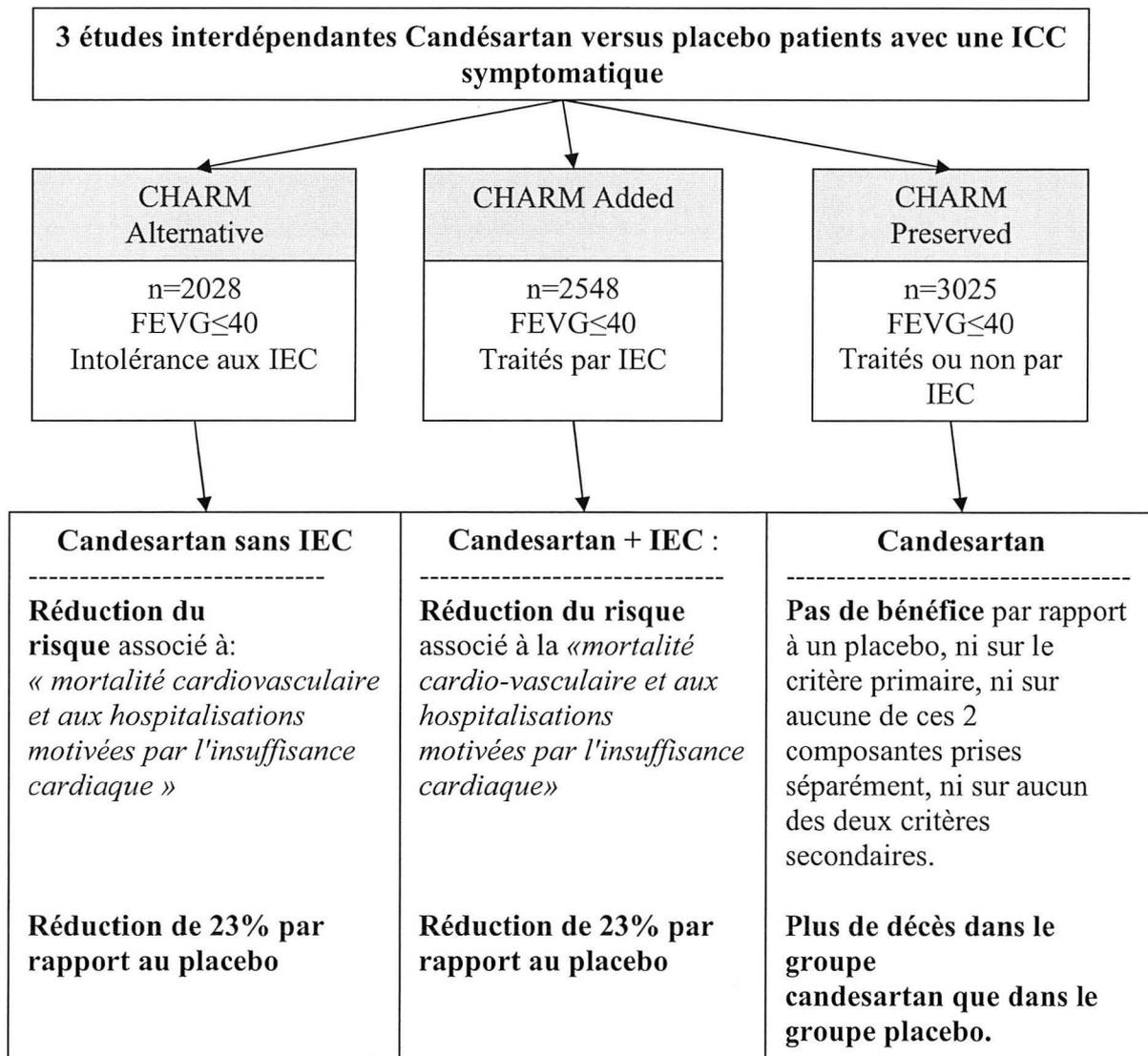
œdème sous IEC car ce type de réaction a également été recensée avec les *Sartans* de façon d'ailleurs plus fréquente.¹⁵⁴

Le candésartan est le premier antagoniste des récepteurs AT1 de l'angiotensine II (ARA II ou *sartans*) indiqué dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque systolique. Son emploi dans cette indication est toutefois limitée à deux situations : il peut remplacer les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) lorsqu'ils sont mal tolérés, ou leur être associé chez une partie des patients qui restent symptomatiques en dépit d'un traitement médical optimal.¹⁵⁵

La nouvelle place des ARA II

Plusieurs études ont analysé les effets des *Sartans* par rapport aux IEC et les conséquences d'une association IEC/*Sartans*. Elles ont globalement démontré que les IEC restent le traitement de référence de l'IC avec altération de la fonction contractile. Chez les insuffisants cardiaques qui subissent certains effets indésirables avec un IEC (notamment toux gênante ou angio-œdème), il est justifié d'utiliser un *Sartan* à la place d'un IEC. Le seul *Sartan* évalué lors de cette situation est le *candésartan* par le programme CHARM.¹⁵⁴ Ce programme repose essentiellement sur trois études internationales, indépendantes, effectuées en double insu contre placebo chez des patients insuffisants cardiaques présentant une IC de stade II à IV selon la classification NYHA.

Tableau IC XII : Programme CHARM^{156,157,158}



Pour chaque étude, le critère de jugement est un critère composite associant « mortalité cardiovasculaire et hospitalisation pour insuffisance cardiaque ». Par contre le critère « mortalité totale » était considéré pour l'analyse des résultats des trois études réunis et l'analyse combinée des études CHARM-Alternative et CHARM-Added réalisées chez des patients présentant une IC systolique. Seuls les résultats des études CHARM-Alternative et CHARM-Added ont été retenus ; les résultats de l'étude CHARM-preserved n'étant pas concluants, cette étude n'a pas été prise en compte au niveau de l'AMM.¹⁵⁹ Selon les conclusions de J. McMurray, les ARAII entraînent donc une réduction significative de la mortalité cardiovasculaire et des hospitalisations pour l'insuffisance cardiaque chez les patients ayant une dysfonction ventriculaire gauche, qu'ils soient ou non traités par un IEC.

Au delà des bénéfices pour la santé des patients, J Mc Murray souligne l'intérêt potentiel économique du candesartan notamment par la baisse du nombre d'hospitalisation.

Tableau IC XIII : Recommendations de l'European Society of Cardiology (ESC) 2005¹⁴⁰

	IEC	ARAII	DIURETIQUE	BBLOQUANT	ANTAGONISTE DE L'ALDOSTERONE	GLYCOSIDE CARDIAQUES
Dysfonction VG asymptomatique	Indiqué	En cas d'intolérance aux IEC	Non indiqué	Si post-IDM	IDM récent	Avec fibrillation auriculaire
ICC symptomatique NYHA II	Indiqué	Indiqué avec ou sans IEC	Indiqué si rétention	indiqué	IDM récent	(a) si fibrillation auriculaire (b) après amélioration d'une IC plus sévère en rythme sinusale
Aggravation de l'ICC NYHA III-IV	Indiqué	Indiqué avec ou sans IEC	Indiqué association des diurétiques	Indiqué (sous surveillance spécialiste)	indiqué	indiqué
ICC Terminale NYHA IV	Indiqué	Indiqué avec ou sans IEC	Indiqué association des diurétiques	Indiqué (sous surveillance spécialiste)	indiqué	indiqué

Attention, l'association « IEC + candesartan » augmente les risques d'hyperkaliémie et de dysfonction rénale, risques majorés par la triple association « candesartan + IEC + spironolactone », un contrôle étroit de la fonction rénale et du taux de potassium sont essentiels.

Procédure de mise en place des ARA II:

Il faut régulièrement contrôler la pression artérielle, la créatinémie, la kaliémie, l'uraturie, la Numération Formule Sanguine (NFS) et les transaminases. Le schéma de contrôle de la créatinémie et de l'ionogramme sera le même que pour les IEC. Leur instauration doit se faire à dose faible et de façon prudente car des chutes de tension peuvent être observées. Si le patient a déjà eu sous IEC, une insuffisance rénale ou une hyperkaliémie, la surveillance doit être renforcée car il existe un risque important de récurrence de ces effets indésirables avec les *Sartans*.

Tableau IC XIV : Posologies des Antagonistes de l'angiotensine II¹⁵¹

Sartans	Dose/jour (mg/j)
Losartan (Cozaar®)	50-100
Valsartan (Nisis®, Tareg®)	80-320
Irbésartan (Aprovel®)	150-300
Candésartan (Atacand®, Kenzen®)	4-16
Telmisartan (Pritorplus®, Micardisplus®)	40-80
Eprosartan (Teveten®)	400-800

2.3.1.5. La particularité de la digoxine

Les glycosides cardiaques (digoxine) sont indiqués dans la fibrillation atriale à tous les stades de l'IC symptomatique, afin de ralentir la fréquence ventriculaire, améliorant la fonction ventriculaire et les symptômes. Ils n'apportent aucun bénéfice sur la survie des patients insuffisants cardiaques chroniques mais réduisent le risque d'aggravation en cas d'IC en rythme sinusal. Ils ne seront donc prescrits qu'en cas d'insuffisance cardiaque à bas débit avec fibrillation auriculaire en association avec un diurétique et un IEC.¹⁵¹

La digoxine, glucoside à effet inotrope positif inhibe la Na⁺, K⁺ ATPase ce qui provoque une augmentation du Na⁺ intracellulaire et une augmentation du K⁺ extracellulaire. Les digitaliques exercent également un effet diurétique par augmentation du débit sanguin rénal et inhibition de la Na⁺K⁺ ATPase. En cas de fibrillation auriculaire, seuls les digitaliques permettent de ralentir la fréquence cardiaque et la conduction auriculo-ventriculaire sans un effet inotrope négatif.

Surveillance clinique et biologique

Une surveillance étroite doit être réalisée avec ce traitement qui est considéré comme une molécule à marge thérapeutique étroite (surveillance de la kaliémie, de la créatinémie, bilan hépatique et rénal, taux plasmatiques (digoxinémie), Electrocardiogramme pour détecter tout surdosage).

Les risques d'intoxications digitaliques sont à prendre en compte, surtout chez la personne âgée (signes d'intoxication digitalique : troubles digestifs, neurosensoriels, troubles de la conduction et de l'excitabilité cardiaque).

Posologie

La posologie initiale est de 0,25mg/jour à diminuer à 0,125mg/jour en cas d'insuffisance rénale modérée ou d'âge supérieure à 70 ans.

2.3.2. Classes thérapeutiques des cas particuliers

2.3.2.1. Les Anti-arythmiques

Les troubles du rythme témoignent d'une dégradation du myocarde. Le traitement antiarythmique ne se justifie qu'en cas de tachycardie ventriculaire ou de troubles du rythme symptomatiques. En cas d'insuffisance cardiaque, seuls l'amiodarone et les bêtabloquants sont tolérés, les autres anti-arythmiques sont contre-indiqués car ils augmentent la mortalité.

L'amiodarone (Cordarone®), anti-arythmique de classe III, est efficace dans la plupart des arythmies supraventriculaires et ventriculaires. Seul anti-arythmiques n'ayant pas d'effet inotrope négatif à retentissement clinique, elle ralentit la fréquence cardiaque et rétablit le rythme sinusal en cas de fibrillation auriculaire.

Le risque d'effets secondaires tels que l'hypo ou hyperthyroïdie, hépatite, fibrose pulmonaire et neuropathies sont à prendre en compte et donnent lieu à une surveillance biologique stricte (dosage de la TSH préalable puis 2 fois par an, radiographie pulmonaire préalable puis annuelle, surveillance cardiovasculaire, oculaire, cutanée et hépatique).¹³⁵

2.3.2.2. Les agents anti-thrombotiques

L'insuffisance cardiaque est souvent associée à un taux élevé d'accidents athéro-emboliques de type infarctus du myocarde à la phase aigue, d'évènements thromboemboliques (AVC ou antécédent d'AVC) ou de troubles du rythme (fibrillation auriculaire), à des valvulopathies ou à la pose de prothèses valvulaires.

Ces situations imposent la mise en place d'un traitement anticoagulant par antivitamine K (AVK). Une surveillance de l'INR est nécessaire en présence de ce type de traitement. Il doit être compris entre 2 et 3 pour que l'anticoagulation sanguine soit optimale et entre 3 et 4,5 en cas de prothèse valvulaire mécanique, d'embolie systémique récidivante ou de traitement au long cours après un IDM compliqué.

L'aspirine est un antiagrégant plaquettaire d'efficacité démontrée à faible dose chez les patients coronariens qu'ils soient ou non en insuffisance cardiaque. Elle est indiquée à faible dose en prévention secondaire après un premier accident ischémique myocardique ou cérébral, un tableau d'artériopathie des membres inférieurs et en phase aiguë en neurologie chez de patients présentant une pathologie thrombogène.

La posologie de l'aspirine à titre d'antiagrégant plaquettaire en fonction de l'indication varie de 75mg à 325 mg/jour en une prise mais sans dépasser 350 mg/jour.¹³⁵ Cependant plusieurs études ont soulevées l'hypothèse d'une réduction par l'aspirine de l'efficacité de l'IEC chez les insuffisants cardiaques, si bien que différents spécialistes conseillent soit de ne pas tenir compte de cette éventuelle interaction, soit de limiter la dose d'aspirine à 100mg/j chez les insuffisants cardiaques traités par IEC.¹⁶⁰

2.3.2.3. Les vasodilatateurs : les nitrés, les sydnominines et les inhibiteurs calciques

Ni les dérivés nitrés ni les inhibiteurs calciques n'ont démontré leur intérêt dans le traitement de l'insuffisance cardiaque, ceux sont des traitements adjuvants traitant d'autres pathologies cardiaques associées.

Les nitrés et Sydnominines

▪ **Les nitrés**

Les dérivés nitrés (trinitrine, isosorbide) sont des vasodilatateurs à prédominance veineuse, ils libèrent de l'oxyde nitrique responsable de la relaxation des fibres musculaires lisses vasculaires ; ils permettent donc de limiter la vasoconstriction veineuse, conséquence des phénomènes neuro-hormonaux. A forte dose, ils sont responsables d'une vasodilatation mixte, veineuse, artérielle et artériolaire permettant une réduction des résistances artérielles systémiques et donc par conséquent de la post-charge.

▪ *Les Sydnonimines*

Les sydnonimines (molsidomine-Corvasal®) ont un mécanisme d'action voisin des dérivés nitrés mais ont l'avantage de ne pas provoquer d'effet d'accoutumance significatif. Ces dérivés nitrés pourront être utilisés pour le traitement de l'angor chez l'insuffisant cardiaque ou pour soulager une dyspnée aiguë mais ne seront pas utilisés seuls car ils n'ont pas de rôle spécifique dans le traitement de l'insuffisance cardiaque.¹³⁵

Les inhibiteurs calciques

Les inhibiteurs calciques augmentent la mortalité chez l'insuffisant cardiaque. Ils présentent un effet vasodilatateur diminuant les conditions de charge du myocarde et un effet anticalcique direct réduisant la surcharge calcique intracellulaire, ce qui, à long terme, peut avoir un rôle délétère sur les fibres musculaires myocardiques.

Seules deux molécules sans effet inotrope négatif, les dihydropyridines de dernière génération pourront être utilisées en cas d'insuffisance cardiaque associée à de l'hypertension artérielle ou à de l'angor, l'amlodipine (Amlor®) et la félodipine (Flodil®). Les inhibiteurs calciques ne font donc pas partie intégrante du traitement de l'insuffisance cardiaque.

Le vérapamil (Isoptine®) et le diltiazem (Mono-tildiem®, Tildiem®, BiTildiem®) pourront remplacer les bêtabloquants en cas d'intolérance ou en cas d'insuffisance cardiaque diastolique pure. Ils restent cependant contre-indiqués en cas d'insuffisance cardiaque non contrôlée et déconseillés en cas de traitement par bêtabloquant, troubles de automatisme ou de la conduction auriculo ou sinoventriculaire.¹³⁵

3. Prise en charge du patient insuffisant cardiaque chronique

3.1. Insuffisance cardiaque chronique systolique

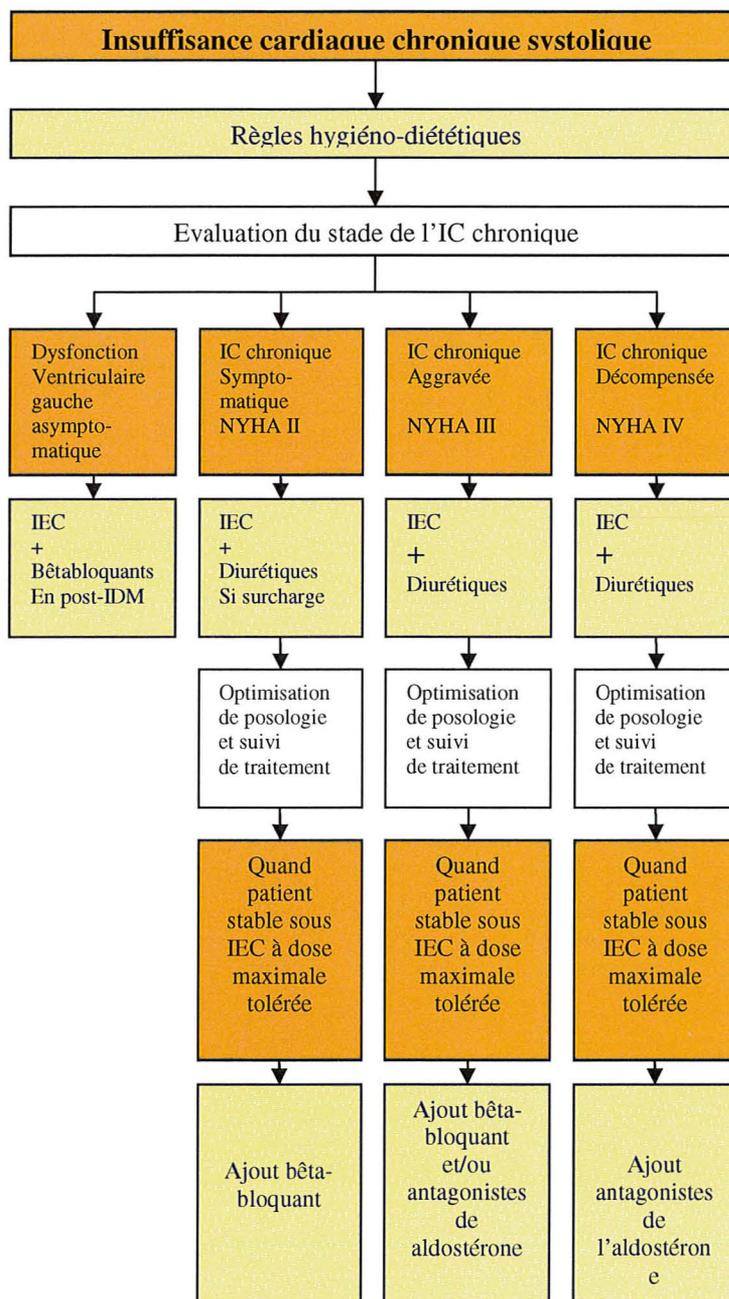


Figure IC 3 : Schéma thérapeutique de l'insuffisance cardiaque chronique systolique ¹⁶¹

3.2. Insuffisance cardiaque diastolique

Il y a peu de données concernant la prise en charge de l'IC diastolique.

Les IEC ou les ARA II améliorent la relaxation et la distensibilité cardiaque ; ils pourraient à long terme freiner la progression de la fibrose myocardique et favoriser la régression de l'hypertrophie et la baisse de l'hypertension.

Les bêtabloquant ou les inhibiteurs calciques (en deuxième intention en cas d'intolérance aux bêtabloquant) de type vérapamil ou diltiazem améliorent la relaxation ventriculaire en allongeant la période diastolique et en diminuant la fréquence cardiaque.

Les diurétiques (utilisés uniquement en cas de surcharge hydrique) et les dérivés nitrés (utilisés uniquement en cas d'ischémie myocardique) seront utilisés avec prudence pour ne pas diminuer la précharge, le volume d'éjection systolique et le débit cardiaque. Les diurétiques peuvent être utilisés en cas de surcharge hydrique, mais avec prudence pour ne pas diminuer excessivement la précharge et ainsi le volume d'éjection systolique.

Les glucosides cardiotoniques sont contre-indiqués sauf en cas d'association de troubles du rythme de type FA pour restaurer un rythme sinusal normal. ¹⁶¹

3.3. Insuffisance cardiaque associée à un angor, une HTA ou une fibrillation auriculaire

Certaines situations impliquent une prise en charge particulière (Tableau IC XV).

Tableau IC XV : Prise en charge de cas particuliers associés à une insuffisance cardiaque¹⁶¹

Cas particuliers	1 ^{ère} intention	2 ^{ème} intention
<u>En cas d'Angor</u>	Optimiser le traitement comportant le bêtabloquant Ajouter si besoin un dérivé nitré	Substituer le bêtabloquant par une dihydropyridine de dernière génération.
<u>En cas d'HTA</u>	Optimiser le traitement : IEC+bêtabloquant+diurétique Ajouter si besoin : un antagoniste de l'aldostérone ou un inhibiteur des récepteurs à l'angiotensine II	Substituer le bêtabloquant par une dihydropyridine de 1^{ère} génération.
<u>En cas de FA</u>	Utiliser les digitaliques	Si FA persistante mal tolérée : cardioversion électrique ou l'amiodarone

3.4. Le traitement de l'insuffisance cardiaque du sujet âgé

Pathologie avec une fréquence élevée chez le sujet âgé, l'IC se traite de la même façon qu'une IC chez un sujet jeune, cependant des adaptations posologiques en fonction de la fonction rénale devront être envisagées. Les éléments à prendre en compte sont : la dysfonction rénale, la dysfonction diastolique, la baisse de la fonction récepteur et la dysrégulation orthostatique de la pression artérielle et les pathologies associées (insuffisance rénale, diabète, accidents vasculaires cérébraux, anémie...).¹⁶²

Tableau IC XVI : Classes médicamenteuses utilisables en cas d'insuffisance cardiaque chez un sujet âgé¹⁴⁶

IEC	Efficaces et bien tolérée. Attention à l'effet hypotenseur et à l'excrétion rénale retardée → Titration à partir de doses faibles
Diurétiques	Souvent inefficaces car filtration glomérulaire réduite. Attention - excrétion accru des thiazidiques et diurétique de l'Anse - excrétion retardée des épargneurs potassiques, hyperkaliémie plus fréquente
Bêtabloquant utilisés dans l'IC	Bien tolérés Elimination hépatique donc aucune modification de dose chez les patients à fonction rénale diminuée.
Digoxine	Attention éliminée sous forme active par le rein et sa demi-vie augmente de 2 ou 3 fois chez le sujet de plus de 70 ans. Doses faibles initiales recommandées.

4. Optimisation du traitement

- **Organisation de l'observance**

Du fait du nombre élevé de médicaments co-prescrits dans l'insuffisance cardiaque, l'usage d'un pilulier compartimenté doit être fortement recommandé.³

- **Automédication**

L'automédication est à éviter au maximum chez les insuffisants cardiaques. Il faut absolument les sensibiliser sur ce point d'autant plus si des traitements anticoagulants sont associés. Les patients doivent recevoir des conseils clairs sur le risque de survenue d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses.

- **Médicaments à éviter en cas d'IC**

Des médicaments interagissent avec l'IC plus qu'avec les médicaments eux-mêmes et sont souvent susceptibles d'aggraver l'IC.

Tableau IC XVII : Médicaments à éviter en cas d'insuffisance cardiaque¹⁶³

<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments induisant une rétention eau et augmentant le travail cardiaque 	<ul style="list-style-type: none"> • AINS, Corticoïdes, Glitazones
<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments riches en sodium 	<ul style="list-style-type: none"> • Formes effervescentes
<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments inotropes négatifs qui exposent à un risque d'IC 	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-arythmiques classe I, bépridil les anesthésiques généraux, bêtabloquants, vérapamil, diltiazem
<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments altérant la fonction cardiaque 	<ul style="list-style-type: none"> • Interférons, anthracyclines, cyclophosphamide, trastuzumab, rituximab, ifosfamide, clozapine, anti-TNFα, l'itraconazole

5. Gestion des risques

5.1. Gestion des effets indésirables

- Surveillance régulière de la kaliémie :
 - Des hypokaliémies sont fréquemment observées avec les diurétiques de l'anse et les thiazidiques.
 - Des hyperkaliémies peuvent être observées avec les diurétiques antialdostérone et les IEC.
- Surveillance régulière de l'ionogramme en particulier de la natrémie, de la créatinine : une hyponatrémie et une déshydratation constituent des facteurs de pronostic défavorables de l'insuffisance cardiaque. Ces risques sont particulièrement élevés chez les sujets âgés, avec une association diurétique-IEC.
- Surveillance de la tension artérielle : des hypotensions peuvent apparaître lors de l'association diurétique-IEC ; il est recommandé alors de diminuer la posologie du diurétique sans modifier celle de l'IEC.
- Contrôles glycémiques plus réguliers et adaptation du traitement si besoin :

- des hyperglycémies peuvent apparaître avec les diurétiques thiazidiques et diurétiques de l'anse, voire aggraver un diabète préexistant.
- Les bêtabloquant sont susceptibles de masquer une hypoglycémie.
- Surveillance de l'acide urique : les diurétiques thiazidiques et les diurétiques de l'anse sont susceptibles d'augmenter modérément l'uricémie.
- Instauration parfois nécessaire d'un traitement hypolipémiant : les diurétiques thiazidiques et de l'anse sont susceptibles d'augmenter les taux de triglycérides et de cholestérol sanguins.
- Surveillance de la digoxinémie : (concentration toxique chez l'adulte > 30ng/ml)
- Surveiller les effets indésirables possibles des IEC :
 - La toux qui ne cède pas aux antitussifs ;
 - Hypersensibilité et angio-œdème : liés au reste sulfhydryl des IEC³.

5.2. Suivi biologique

- Dosages plasmatique du Brain Natriuretic Peptide (BNP) : élément biologique diagnostique de l'IC. Une élévation montre la sévérité de l'IC.
- NFS : recherche d'une anémie, d'un hémocrite élevé, d'une polyglobulie qui peut orienter le diagnostic. L'existence d'une anémie aggrave l'état des sujets insuffisants cardiaque et doit être traitée.
- Ionogramme : contrôle de la kaliémie et de l'hydratation

- Créatinémie : surveillance de la fonction rénale et de dysfonctions rénales pouvant aggraver l'IC et fréquentes chez l'insuffisant cardiaque. Une adaptation de la thérapeutique doit alors être envisagée.
- Glycémie : recherche d'un diabète associé
- Enzymes hépatiques et bilirubine : une élévation des enzymes hépatiques orientent vers une insuffisance cardiaque droite. Cytolyse et cholestase sont observées en cas de foie cardiaque.
- Analyse d'urine (+/-protéinurie, +/-glycosurie révélant un diabète associé ou une insuffisance rénale associée).¹⁶⁴

5.3. Suivi clinique

- Poids : tout changement rapide est consécutif à des rétentions d'eau dans les tissus.
- Pouls : altération possible en cas d'insuffisance cardiaque.
- Coloration des lèvres.
- Suivi neurologique : La baisse du débit cérébral peut être responsable de confusions, hallucinations, pertes de mémoire.
- ECG : essentiel pour déceler toute fibrillation auriculaire, flutter ou arythmie.
- Radiographie du thorax : mise en évidence d'une hypertrophie et ou d'une dilatation du cœur gauche, des signes de stase pulmonaire. Un élargissement de la silhouette cardiaque et la présence d'une stase veineuse pulmonaire dans le cadre d'une IC chronique sont des indicateurs d'une fonction cardiaque anormale avec une fraction d'éjection abaissée du VG et ou une pression de remplissage accrue du ventricule gauche.

- Echodoppler : il permet d'évaluer les dimensions et la géométrie cardiaque, les indices des fonctions systoliques et diastoliques cardiaque. Il donne aussi des informations sur la fonction valvulaire cardiaque.
- IRM : peut apporter des précisions sur les volumes cardiaques, les épaisseurs pariétales et la masse ventriculaire.
- Autres examens plus ou moins utilisés en fonction de l'étiologie : scintigraphie plane au repos et à effort, la coronarographie et le cathétérisme cardiaque.^{165,164}

6. Parcours de la littérature sur l'éducation thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque

6.1. Expérience d'éducation thérapeutique

• L'éducation patient tient une place de plus en plus importante dans la prise en charge du patient insuffisant cardiaque. Elle a été développée avec succès depuis de nombreuses années dans le cadre de maladies chroniques graves comme le diabète et l'asthme, confirmant le bénéfice de cette approche. Une approche structurée de l'éducation thérapeutique du patient insuffisant cardiaque n'a été appliquée que récemment avec le travail pionnier du professeur Rich aux Etat Unis publié en 1995¹⁶⁶.

Des visites effectuées à Grenoble, Lille, Montpellier, Nantes, Paris et Toulouse, et un questionnaire adressé à 100 établissements publics à 100 établissement publics ou privés, ayant une spécialité cardiologique, ont permis de faire état des lieux des pratiques en éducation thérapeutique des insuffisants cardiaques en France. Sur 46 réponses, 23 centres ont mis en place une éducation thérapeutique et 13 centres ont un projet de service en cours d'élaboration.

• Les réseaux insuffisance cardiaque ont pour objectif de faciliter le rapprochement ville-hôpital sur la base d'un partenariat volontaire entre les éducateurs et le patient favorisant le maintien du patient dans son milieu de vie. Une étude réalisée par le professeur Bouhours de 1999 à 2003 à Nantes a montré que le nombre de réhospitalisations

avait été diminué par 3, leur durée par 2, et que la réduction du coût économique de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque était de 4000 euros par patient.¹⁶⁷

6.2. Les outils existants

Peu d'outils d'éducation thérapeutiques des insuffisants cardiaques existent pour la simple raison que l'éducation thérapeutique dans le cadre de l'insuffisance cardiaque n'en est qu'à ses débuts par rapport aux autres pathologies chroniques.

La création des outils se fait peu à peu avec les initiatives de plus en plus nombreuses qui apparaissent peu à peu. Certains réseaux permettent l'utilisation de ces outils par les patients et les soignants extérieurs aux réseaux en leur permettant de les consulter en ligne. (Site du réseau RESIC38, réseau grenoblois: www.resic38.org)

La société française de cardiologie a émis des recommandations concernant la prise en charge du patient insuffisant cardiaque. Très théorique et adressée aux soignants, ce document est un référentiel de choix pour tout professionnel de santé préparant des séances d'éducation patient.¹⁴⁰

Le Canada met à disposition de l'insuffisant cardiaque une brochure très intéressante qui place le patient au centre de sa santé avec des tests d'autoévaluation des connaissances à la fin de chaque section. Cette brochure est constituée de sept modules : module sur la compréhension de l'insuffisance cardiaque, module sur le contrôle de l'insuffisance cardiaque, module sur les médicaments, module sur la nutrition et l'alimentation, module sur l'activité physique, module sur la gestion des risques, module sur les ressources communautaires. Chaque module se termine par une fiche test qui permet de contrôler les connaissances du patient. Cette brochure, un peu lourde à utiliser pour un patient insuffisant cardiaque peut être utilisée comme un outil éducatif géré par un professionnel de santé en partenariat avec le patient.¹⁶⁸

METHODOLOGIE

1. Protocole

1.1. Le référentiel d'étude

1.1.1. Les acteurs de l'étude

Cinq étudiantes en 6^{ème} année de Pharmacie à l'Université Joseph Fourier ont choisi d'étudier la faisabilité d'une démarche éducative à l'officine, dans le contexte de pathologies chroniques : diabète de type 2, asthme / broncho-pneumopathie chronique obstructive, insuffisance cardiaque, migraine et traitement par anticoagulants oraux.

L'étude est réalisée sur 10 patients pour chaque pathologie (soit 50 patients au total), au sein des officines accueillant chaque étudiant pour leur stage de pratique professionnelle (Tableau VI).

Tableau VI: Récapitulatif des 5 officines incluses dans l'étude

Pathologies d'inclusions	Educateurs	Titulaires, Localisations
Migraine	BOCQUET Claire	Mme LAMEYNARDIE, <i>Annecy le Vieux (74)</i>
Diabète de type II	FORTIN Emeline	Mme BOYER, <i>Grenoble (38)</i>
Asthme et B.P.C.O	GOUDARD-PEYROLON Elsa	M. MODELON, <i>Guilherand-Granges (07)</i>
Anticoagulants oraux	MATHELET Catherine	M. et Mme BOURDARIAT <i>Pontcharra (38)</i>
Insuffisance cardiaque	RIQUELME Julie	M. et Mme ROUGIER <i>Saint Martin d'Hères (38)</i>

L'étudiant, préalablement formé à la démarche éducative (module d'éducation thérapeutique de 5^{ème} année / formation ad hoc pour cette étude) tenait le rôle de référent éducateur pour chaque patient.

Les autres professionnels de santé impliqués dans cette démarche de suivi éducatif étaient :

- le titulaire et son équipe officinale,
- les médecins généralistes et spécialistes entourant le patient.

1.1.2. Type d'étude choisie

Notre étude se divise en deux étapes, une étape d'élaboration pédagogique et organisationnelle ainsi qu'une étape d'évaluation de cette démarche éducative.

L'étape d'évaluation a ciblé deux types d'arguments, issus :

- de questionnaires d'évaluation proposés aux patients, aux titulaires, et aux médecins impliqués ;
- du retour d'expérience des éducateurs, issu des entretiens semi-directifs réalisés auprès des patients et des discussions ouvertes avec les autres acteurs de l'étude. Nous revenons sur ces éléments plus loin.

1.1.3. Inclusion des patients

1.1.3.1. Critères d'inclusion

Les personnes concernées étaient majeures ou accompagnées du tuteur légal, fidélisées, se rendant régulièrement à l'officine, dans le cadre d'une des 5 pathologies chroniques ciblées.

1.1.3.2. Mode de recrutement de la population

Le recrutement des patients par l'étudiant a été réalisé en collaboration avec le titulaire de l'officine et l'équipe officinale.

Compte tenu de l'approche de type monographique choisi pour cette étude, l'échantillonnage a suivi la règle du choix raisonné¹⁶⁹, visant à inclure des profils de patients les plus hétérogènes possible, en termes d'âge, de gravité de la pathologie et de catégorie socioprofessionnelle.

Aucun engagement n'était fixé avec le patient, en termes pédagogiques. Le patient disposait d'un droit de regard et d'explication quant aux sujets abordés pendant les séances éducatives. Nous insistions sur la confidentialité des informations dégagées des différents entretiens avec le patient.

1.1.4. Données temporelles

L'étude s'est déroulée du 01/01/2006, date de début de l'investigation, au 30/06/2006, date de fin du suivi éducatif. Néanmoins, le recueil des informations tirées des questionnaires s'est poursuivi jusqu'au mois de septembre 2006.

Le nombre et la fréquence des rendez-vous étaient définis selon les besoins et les attentes du patient. Nous proposons aux patients un ticket pour fixer un rendez-vous, à un moment opportun. (Annexe 5)

La durée des rendez-vous était fixée à 40 minutes pour la première rencontre (durée estimée pour développer un diagnostic éducatif) et à 20 minutes pour les suivantes, dans un souci de reproductibilité quelque soit l'officine considérée.

1.1.5. Lieux de l'étude

Les officines accueillant les étudiantes se situaient dans des zones économiques et sociales variées. Ainsi la diversité du recrutement était renforcée.

La démarche pédagogique devait se dérouler dans un espace de confidentialité disponible pour l'étude, afin que le patient se sente dans un lieu calme et de confiance.

Il était possible également de proposer le domicile du patient comme lieu de rendez-vous pharmaceutique, selon la convenance de ce dernier.

1.2. Outils de l'étude

1.2.1. Information du patient et des professionnels de santé

L'information du patient se faisait par l'intermédiaire d'un contact téléphonique ou d'une présentation orale effectuée à l'officine et par la remise d'une lettre d'information standardisée. (Annexe 6)

Une lettre d'information pouvait être communiquée au médecin référent, pour l'informer de l'inclusion de son patient, (Annexe 7). Cette lettre était accompagnée d'une présentation de la démarche, pouvant également être communiquée aux titulaires impliqués (Annexe 8).

1.2.2. Le dossier patient

Un dossier patient simplifié a été mis au point. (Annexe 9). Il se limitait à l'essentiel facilitant son emploi dans le cadre de l'activité officinale.

Ce dossier patient comportait 8 parties :

- L'accord de participation du patient,
- Les coordonnées du patient,
- Les personnes de l'équipe impliquées autour du patient,
- L'anamnèse,
- Les données biologiques,
- L'historique médicamenteux,
- L'état physiopathologique du patient,
- La synthèse du diagnostic éducatif.

Ce dossier était rempli grâce aux données informatiques accessibles à l'officine, puis complété lors des rencontres ultérieures avec le patient.

1.2.3. Le diagnostic éducatif

L'étudiant prenait, dans le cadre de cette étude, une place d'éducateur - référent pour le patient. Sa première tâche était de réaliser un diagnostic éducatif, lors du premier contact avec le patient. Cette démarche visait à appréhender les caractéristiques, les besoins, les potentialités du patient afin de mettre en place une éducation individualisée (Annexe 10).

Les différentes étapes du diagnostic éducatif peuvent se résumer selon la figure suivante :

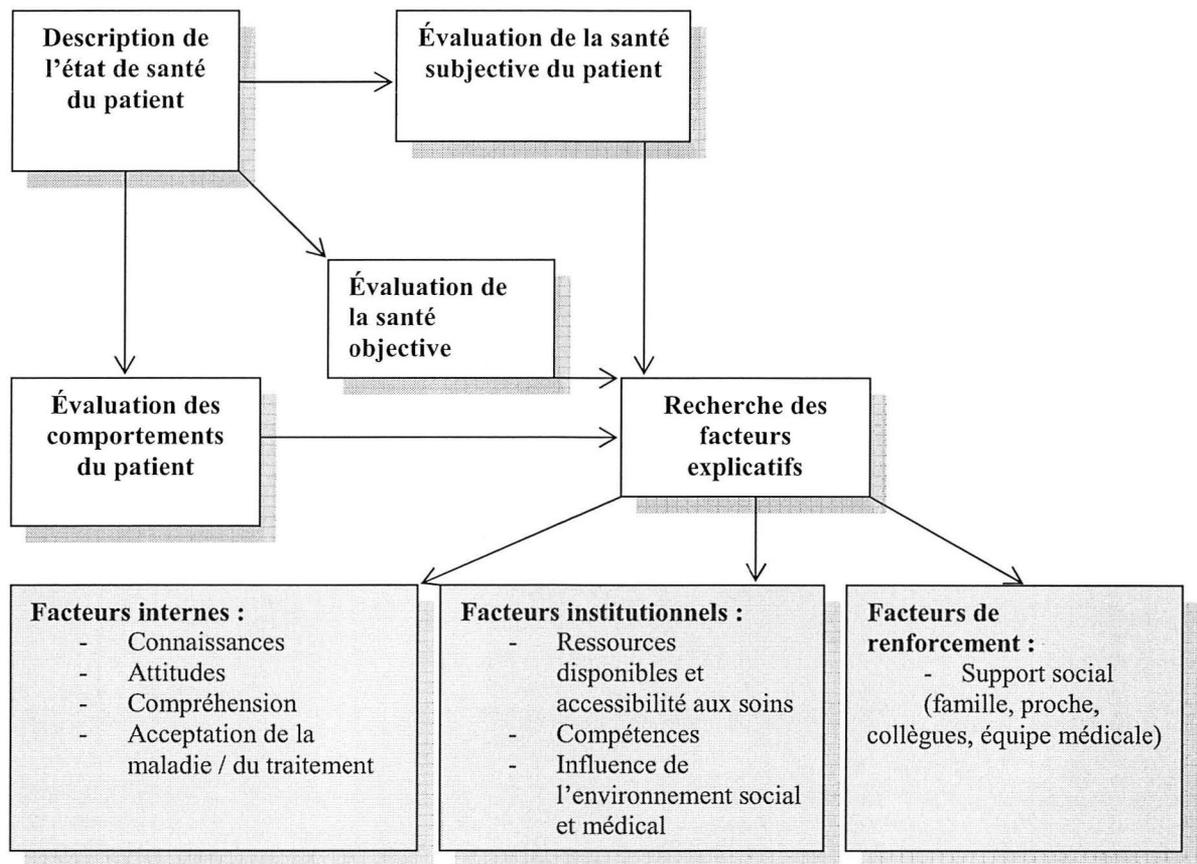


Figure 11 : Le diagnostic éducatif

L'enquêteur adoptait une attitude semi-directive, dans un but de laisser s'exprimer le patient, sur les points définis à l'avance dans le diagnostic éducatif, à savoir les critères 1. internes (connaissance, attitudes, compréhension, acceptation de la maladie / du traitement), 2. institutionnels (ressources disponibles en termes de recours aux soins, compétences), 3. de renforcement (support social), potentiellement explicatifs de comportements non adaptés vis-à-vis de la prise du traitement médicamenteux, cette prise non adaptée pouvant induire des conséquences délétères en termes de santé objective et de santé perçue.¹⁷⁰

Ce diagnostic éducatif s'élabore progressivement (potentiellement sur plusieurs séances) et s'avère évolutif. De ce diagnostic pouvait germer une amorce de projet éducatif fixant des objectifs thérapeutiques en fonction des besoins et attentes du patient. Ce projet était alors discuté et négocié avec le patient pour finalement être arrêté, en accord avec ce dernier.

1.2.4. Les séances de suivi éducatif

Ce sont des entretiens personnels, axés sur les objectifs thérapeutiques définis lors du diagnostic éducatif. Nous avons créé une liste des thèmes génériques à toutes les pathologies et pouvant servir de guide lors de l'élaboration du projet

). Cependant, le programme fixé initialement devait tenir compte de la dynamique d'apprentissage du patient et de son mode de vie. Ainsi, les thèmes à aborder pour le programme éducatif étaient discutés et négociés avec le patient. Un tableau de suivi de ces thèmes permettait d'évaluer la progression du patient (Annexe 12).

Lors des séances de suivi éducatif, les enjeux en termes de communication étaient les suivants :

- Prendre le temps d'expliquer aux patients, en s'aidant si possible de documents visuels et vérifier leur compréhension ;
- Reformuler et compléter les informations incomplètes ou erronées après avoir pris en compte les connaissances du patient ;
- Fractionner les informations ;
- Utiliser un vocabulaire compréhensible (bannir le jargon médical et traduire ou expliquer les termes scientifiques) ;
- Utiliser un langage positif et concret¹⁷¹.

La réalisation d'un livre de bord résumant chacune des rencontres permettait à l'étudiant de décrire le rendez-vous, sa dynamique, les problèmes posés, et sa perception du déroulement global de la séance. Le suivi de chaque séance permettait d'établir un bilan communicable à tous les professionnels de santé. La fiche de suivi détaillait notamment les objectifs thérapeutiques et les outils proposés pour y accéder. (Annexe 13)

L'approche pédagogique, développée notamment par l'équipe de J-F. D' Ivernois et R. Gagnayre,¹⁷² peut être présentée selon la figure suivante.

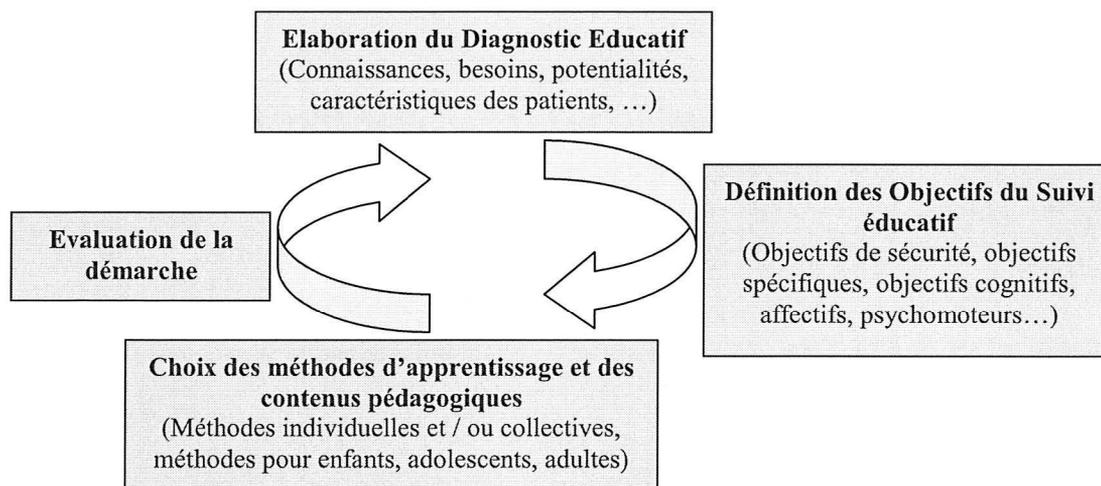


Figure 12: Approche pédagogique d'après Gagnayre et D'Ivernois¹⁷²

1.3. Approche pédagogique spécifique à l'Insuffisance cardiaque

La majeure partie des réhospitalisations des insuffisants cardiaque est due à des épisodes de décompensation cardiaque. Plusieurs facteurs entrent en jeu, la mauvaise observance du régime désodé et des traitements constituent près de 50% des étiologies de ces décompensations. L'éducation thérapeutique, encore « jeune » dans cette pathologie contrairement à des pathologies comme l'asthme et le diabète, vise à apporter aux patients les moyens de mieux maîtriser leur pathologie au quotidien par une meilleure connaissance de leur maladie, de leur traitement et du mode de vie adapté à leur état de santé.¹⁷³

1.3.1. La population étudiée

Les patients ont été sélectionnés soit dans la base informatique de l'officine soit par l'équipe officinale et/ou le titulaire. Certains patients ont été recrutés au comptoir après l'analyse de leur ordonnance. Les autres, sélectionnés grâce à leur historique médicamenteux, ont été soit contactés par téléphone, soit informés de l'étude par l'équipe officinale lors de leur venue à l'officine et réorientés vers l'enquêteur. La présentation de l'étude a systématiquement été réalisée par l'enquêteur.

1.3.2. Données temporelles

Plages horaires

Le diagnostic éducatif et les séances de suivi éducatif ont été fixés pendant les heures de faible activité officinale c'est-à-dire, le matin de 9h30 à 10h30 et l'après-midi entre 14h30 et 16h00. Les rendez-vous à domicile ont été fixés l'après-midi, entre 14H30 et 16h30. Ils étaient fixés soit lors de la séance précédente, soit par appel téléphonique la semaine précédent le renouvellement mensuel de l'ordonnance.

Fréquence des séances

Les séances ont été en générale programmées de manière mensuelle. Certains patients ont bénéficié de séances plus rapprochées lorsque le patient ou l'éducateur l'estimaient nécessaire.

Durée des séances

La durée prévue était d'environ 20 minutes, cependant lorsque les séances avaient lieu à domicile, la durée prévue était plus longue (40 minutes à 1 heure).

1.3.3. Lieux de l'étude

Les séances de suivi éducatif se sont déroulées à l'officine, dans un espace de confidentialité à l'écart de l'activité officinale.

Mais L'insuffisance cardiaque est une pathologie qui touche majoritairement la population âgée. Elle se caractérise par des symptômes très invalidants comme la fatigue et l'essoufflement qui limitent et handicapent les patients, c'est pourquoi une visite à domicile a été systématiquement proposée aux patients à un stade avancé de la maladie, se déplaçant peu ou fatigués. Ainsi plusieurs patients ont bénéficié d'une séance de suivi éducatif à leur domicile.

1.3.4. Les outils de l'étude

Le diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif a été réalisé lors de la première séance puis complété lors des séances ultérieures. Il se dessine au cours d'une discussion qui doit laisser la place au vécu, au retentissement de la maladie au quotidien, au comportements du patient vis-à-vis de sa maladie mais qui doit à la fois être orientée par des questions ouvertes. Quelques notes ont été prises au cours de l'échange mais très peu, afin de favoriser au maximum le dialogue. Le diagnostic a été réalisé en privilégiant le dialogue autour des thèmes cités dans l'Annexe IC 2. Des objectifs de suivi ont alors été fixés en partenariat avec le patient.

Les séances éducatives

Le nombre de séance n'a pas été préétabli par un protocole strict, car ce nombre a été adapté volontairement au patient, à ses objectifs, à ses capacités d'apprentissage, à sa disponibilité.

Les outils de l'étude sont pour la plupart issus du panel d'outils du réseau isérois de l'insuffisance cardiaque, le réseau RESIC, consultable sur le site : www.resic38.org
Certains outils ont été réadaptés au patient pour une meilleure compréhension et d'autres ont été créés pour faciliter le dialogue ou illustrer un thème.

Le dialogue dans l'ensemble des séances a été privilégié, les documents n'ont représenté qu'une base de dialogue pour stimuler les échanges et faire réagir le patient. Face à une population âgés, les brochures simplifiées ont été privilégiées. L'outil informatique n'a volontairement pas été utilisé au cours des séances pour ne pas créer un fossé avec ces patients peu sensibilisé aux nouvelles technologies dans l'ensemble.

Les supports pédagogiques

Les outils utilisés pour animer les séances sont :

- La fiche représentant la circulation sanguine a servie de base visuelle permettant d'expliquer oralement la physiologie cardiaque, le rôle du coeur et la pathologie (Annexe IC 5) ;

- La fiche sur les signes d'alerte a permis de refaire référence aux expériences personnelles et de sensibiliser le patient aux symptômes qui motivent l'appel au médecin. Constitué de phrases simples et courtes ce document a systématiquement été remis au patient afin qu'il le conserve comme un référentiel des situations d'urgence (Annexe IC 7) ;
- L'imagier, a permis de laisser libre cours aux questions du patient. Formé de petits dessins, il permet de rappeler aux patients les questions qu'il pourrait se poser au quotidien (« *Il fait froid, est-ce que je peux sortir ?* ») ou lors de situations particulières (« *Est-ce que je peux prendre l'avion?* »). Cet imagier a été utilisé lorsque le patient n'arrivait pas trop à participer au dialogue (Annexe IC 14) ;
- Les brochures diététiques ont constitué une base de dialogue sur la diététique. Lors des séances, une sensibilisation du patient à l'importance d'un régime peu sodé a été abordée systématiquement. Lorsque un problème important de comportement alimentaire est détecté, une consultation diététique doit être conseillée. Ces brochures sont données systématiquement au patient afin qu'il puisse s'y pencher tranquillement chez lui (Annexe IC 11 ; Annexe IC 12 ; Annexe IC 13) ;
- Le plan de prise personnalisé a été également un outil indispensable lors de la séance consacrée au traitement. Reflet écrit de l'ordonnance mais avec l'avantage de redéfinir le rôle de chaque médicament, la classe médicamenteuse et le rythme de prise, ce plan de prise prend en compte les particularités de chaque patient. Il a été réadapté à chaque patient et donné à l'issue de la séance (Annexe IC 9).
- La fiche d'auto surveillance a été systématiquement proposée aux patients afin qu'ils puissent régulièrement reporter leur poids, la présence d'oedèmes et leur essoufflement. (Annexe IC 8).

Les autres documents représentent une synthèse écrite de ce qui a été abordé à l'oral avec les patients. Ces fiches n'ont été données que sur demande du patient.

1.3.5. Approche pédagogique des thèmes

Les outils utilisés ont été validés par le réseau Resic38, réseau d'insuffisance cardiaque de la région grenobloise. Le choix des outils a été adapté aux objectifs fixés en partenariat avec le patient.

Tableau IC XVIII : Séquences pédagogiques du programme d'éducation du patient insuffisant cardiaque

Objectifs à atteindre	Déroulement	Supports pédagogiques
<p>Diagnostic éducatif</p>	<p>*Thèmes à aborder au cours du diagnostic éducatif (Annexe IC 2)</p>	<p>* Table ronde</p> <p>Ce questionnaire ne doit pas être utilisé tel quel, il doit simplement être une base de discussion.</p> <p>Il permet de renseigner l'enquêteur sur les habitudes de vie du malade, la prise en charge de sa pathologie au quotidien, l'implication du patient dans sa pathologie, ses connaissances.</p> <p>Il permet de fixer les objectifs thérapeutiques et le nombre de séances nécessaires.</p> <p>*Imagier (Annexe IC 14)</p> <p>Cet imagier peut aider au dialogue lors du diagnostic éducatif, il permet de poser des questions au patient et de le faire réagir face à des situations du quotidien.</p>
<p>Connaissance de l'insuffisance cardiaque, ses mécanismes, ses causes.</p>	<p>*« Savez-vous comment fonctionne votre cœur ? »</p>	<p>* -Description du cœur (Annexe IC 4)</p> <p>-Annexe IC 5: la circulation sanguine)</p>

	<p>*« Qu'est-ce que l'insuffisance cardiaque selon vous ? »</p>	<p>* Description de la pathologie (Annexe IC 6: Qu'est-ce que l'Insuffisance cardiaque ?) En fonction de la compréhension de la maladie, des rappels ou des informations doivent être apportés lors des séances d'éducation.</p>
<p>Identification des symptômes</p>	<p>*« Connaissez-vous les symptômes de votre pathologie ? » « Pouvez-vous me citer les situations qui vous incitent à contacter votre médecin ? » « quelles sont selon vous les situations d'urgence ? »</p>	<p>*- Exposé : La prévention au quotidien est un moyen de lutter contre les complications et les hospitalisations. Le patient doit savoir quand alerter son médecin afin d'éviter le pire, c'est pourquoi il est important d'évoquer avec le patient les signes d'alerte possibles et de les expliquer.</p> <p>*Fiche des signes d'alerte (Annexe IC 7) *Fiche d'auto-surveillance des symptômes (Annexe IC 8) Le tableau d'auto surveillance permet au patient de noter régulièrement son poids, son essoufflement et la survenue éventuelle d'oedèmes. Il reflète son état physique quotidien et peut constituer une source d'information pour le médecin traitant. Il peut paraître contraignant pour certains patients mais il est important de leur faire comprendre qu'il est indispensable qu'il ait un suivi régulier de leur poids (au moins deux fois par</p>

		semaine), de leur essoufflement et des oedèmes (une modification de la posologie du diurétique peut-être nécessaire, voir une hospitalisation dans les cas extrêmes).
Connaissance des médicaments	<p>*« Savez-vous reconnaître vos médicaments ? »</p> <p>*« Connaissez-vous le rôle de vos médicaments ? »</p> <p>« Pouvez-vous m'expliquer comment vous prenez vos médicaments au cours de la journée ? »</p> <p>*« Est-ce que vous avez consommé des médicaments sans en parler à votre médecin ? Si oui lesquels ? »</p>	<p>* Tri de boîtes de médicaments</p> <p>*Création d'un plan de prise personnalisé (Annexe IC 9)</p> <p>* Exposé : Sensibiliser au danger de l'automédication.</p>
Respect des règles hygiéno-diététiques	<p>*« Aimez-vous manger salé ? Utilisez-vous une salière à table ? selon vous vous consommez quelle quantité de sel par jour ? »</p>	<p>* Exposé/table ronde: Sensibiliser au danger du sel dans le cadre d'une insuffisance cardiaque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Annexe IC 10 : Régime pauvre en sel de l'insuffisant cardiaque -Annexe IC 11 : Aliments riches en sel -Annexe IC 12: Aliments pauvres en sel -Annexe IC 13 : Où trouve-t-on un gramme de sel? <p>Les objectifs de restriction doivent dans tous les cas rester réalistes pour ne pas entraîner de perte d'appétit, de dégoût</p>

	<p>*« Surveillez-vous votre poids ? »</p> <p>*Est-ce que vous connaissez la quantité de liquide que vous avez le droit de consommer par jour ? »</p> <p>*Avez-vous le droit de consommer de l'alcool, de fumer ?</p>	<p>alimentaire ou de frustrations susceptibles d'accentuer un état dépressif sous jacent à la maladie chronique.</p> <p>-Table ronde : Vérification si le patient consomme des formes effervescentes (traitement, automédication) et comparer avec le tableau des formes effervescentes</p> <p>* Exposé : sensibiliser à l'importance de surveiller son poids et le signaler si hausse rapide et importante.</p> <p>Annexe IC 8 : Apprentissage de l'auto surveillance : les poids, l'essoufflement et les oedèmes sont des paramètres à surveiller !</p> <p>* Exposé : sensibiliser la personne sur l'importance d'une consommation modérée de liquide au cours de la journée.</p> <p>* Exposé : sensibiliser la personne sur l'importance de consommer avec modération de l'alcool et de cesser totalement de fumer (les substitues nicotiques sont déconseillés)</p>
--	--	--

<p>Pratique d'une activité physique</p>	<p>« Est-ce que vous faites un peu d'exercice ? » « A quel étage habitez-vous ? »</p>	<p>*Exposé : Sensibiliser sur l'importance de continuer à pratiquer un peu d'exercice physique mais adapté au stade de la maladie. (Une information sur les exercices physiques à la pharmacie est difficilement réalisable car la réadaptation de l'insuffisant cardiaque est spécifique. L'activité physique doit être adaptée à la gravité clinique, à l'âge et aux co-morbidités.)</p> <p>Néanmoins il important de rappeler au patient qu'une activité musculaire douce s'avère profitable dans le cadre d'une insuffisance cardiaque. Prévoir des promenades quotidiennes d'une demi-heure par exemple. En effet une activité physique régulière évite une fonte musculaire. La respiration est l'indicateur de la fatigue provoquée par l'activité physique. Un essoufflement excessif indique au patient qu'il a dépassé ses limites.</p>
<p>La sollicitation de l'avis ou l'intervention du médecin en cas de nécessité</p>	<p>*« Savez-vous qu'il existe un réseau insuffisance cardiaque ? » « Est-ce que vous voyez un kinésithérapeute, une diététicienne ? »</p>	<p>*Annexe IC 3 : Coordonnées du réseau RESIC38 (RESIC 38, le réseau des insuffisants cardiaques de l'Isère est un réseau de santé, un réseau ville hôpital qui a pour but d'améliorer la prise en charge des patients insuffisants cardiaque chroniques)</p>

<p>Conseils divers : -voyage, -vaccinations, -sevrage tabagique -autres.</p>	<p>« Avez-vous des questions pratiques? »</p>	<p>*Annexe IC 14 : Imagier Cet imagier permet de faire le tour des questions pratiques que les patients pourraient se poser sur des situations du quotidien</p>
--	---	---

1.4. Synopsis de l'étude

Un schéma bilan du protocole d'étude (Figure 13 : Synopsis de l'étude) permet de situer les conditions de la démarche (en bleu), les étapes successives (en rouge) avec les outils mis en œuvre (en noir), ainsi que les éléments d'évaluation par les différents intervenants (en vert).

ACTEURS	CRITERES D'INCLUSION	PERIODE	LIEUX
<ul style="list-style-type: none"> • 5 étudiants en pharmacie • 5 équipes officinales • 50 patients inclus informés et volontaires : 10 par officine (hétérogénéité) 	<ul style="list-style-type: none"> • Patients fidélisés à l'officine concernée • Majeur ou accompagné du tuteur légal • Présentant un traitement chronique dans un des 5 domaines de pathologies chroniques étudiés ^{1*} 	<ul style="list-style-type: none"> • Stage officinal de 6^{ème} année pharmacie • Janvier à Juin 2006 • Durant l'activité officinale 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 officines • Espace de confidentialité • Autre : domicile

^{1*} Diabète, asthme et BPCO, douleur, pathologies cardiaques et pathologies vasculaires

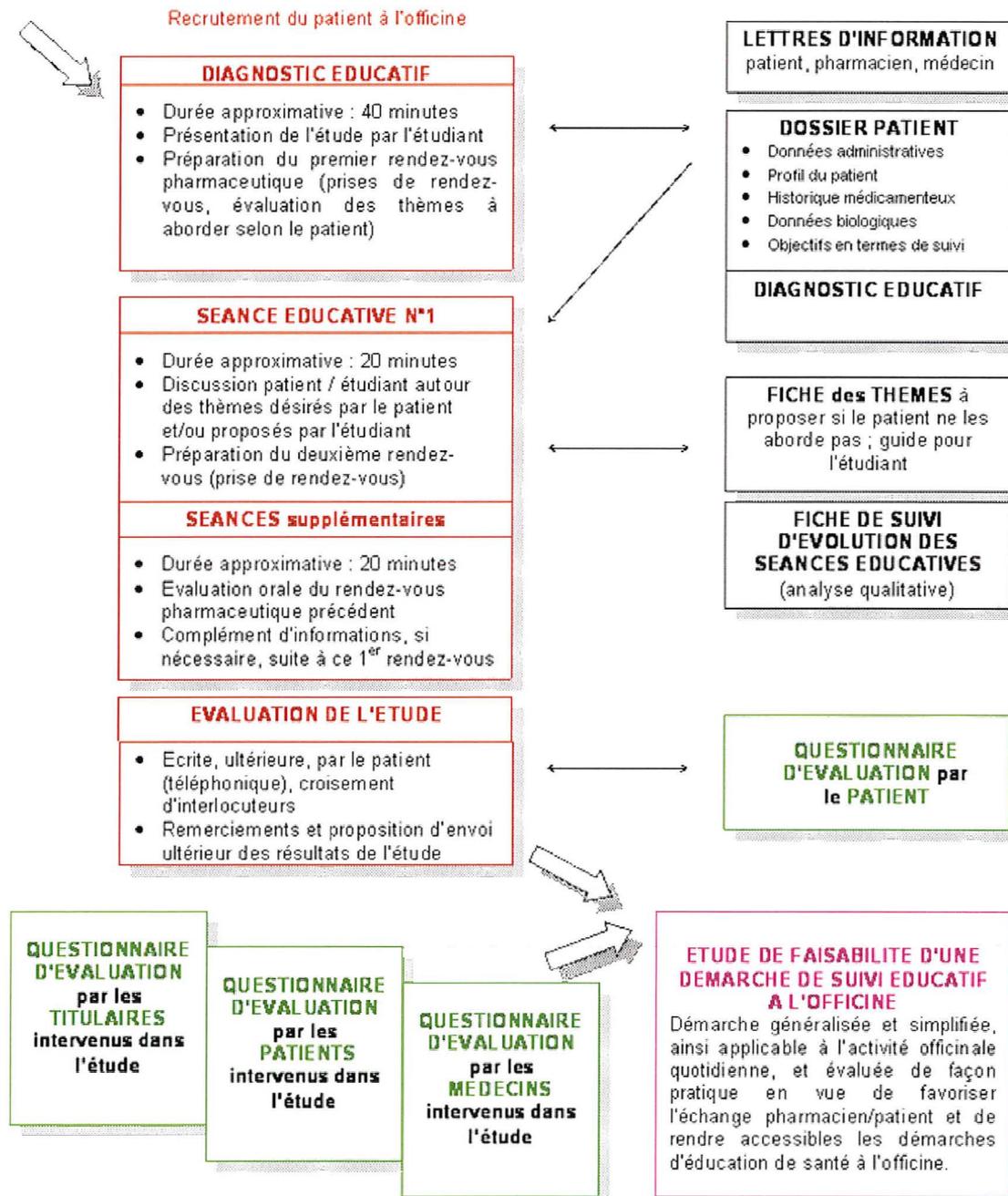


Figure 13 : Synopsis de l'étude

2. Evaluation de la faisabilité du processus éducatif

Nous ne rentrons pas dans le détail de la stratégie d'évaluation formative, qui fait partie intégrante du processus éducatif. A chaque début de séance étaient évalués :

- La biologie et/ou l'état clinique du patient,
- L'acquisition de connaissances,
- L'acquisition de comportements ou l'aptitude à réagir dans diverses situations.

Nous nous focalisons ici sur la faisabilité du processus d'éducation thérapeutique à l'officine.

2.1. Objectif des questionnaires

Les différents questionnaires établis avaient pour objectif principal d'évaluer, auprès de chacun des acteurs de l'étude (patients, titulaires, médecins et étudiants), les aspects organisationnels, la perception ainsi que la satisfaction globale vis-à-vis de la démarche.

2.2. Création et utilisation des questionnaires

Chacun des 4 types de questionnaires identifiait le profil du répondant et évaluait la démarche d'éducation thérapeutique. Nous avons choisi la forme QCM (questions à choix multiples) car c'est un instrument de mesure présentant de nombreux avantages, tels que la souplesse dans l'élaboration des questions (ouverte, fermée), la facilité d'administration, de comparaison et de traitement¹⁷⁴.

A l'issue de l'étude, quatre questionnaires étaient disponibles selon l'acteur concerné :

- Patients (Annexe 14) : QP
- Titulaire (Annexe 15) : QT
- Médecins (Annexe 16) : QM
- Enquêteur (Annexe 17) : QE

En ce qui concerne le questionnaire patient, nous avons favorisé l'appel téléphonique par croisement d'interlocuteur pour le remplir. Un des éducateurs a appelé ainsi les patients d'un autre, afin d'éviter un biais de contamination.

2.3. Critères de faisabilité et indicateurs correspondants

Les critères de faisabilité sont présentés dans le Tableau VII, selon chacun des quatre questionnaires concernés (QP, QT, QM, QE).

Tableau VII : Référentiel d'évaluation de la faisabilité d'un suivi éducatif à l'officine

Critères de faisabilité	Indicateur
PERTINENCE DE L'INFORMATION APPORTEE AUX ACTEURS AU SUJET DE LA DEMARCHE	
Information des différents acteurs	Niveau d'acceptation des patients (direct, indirect..) Raisons d'acceptation Taux de réponse des Médecins % remplissage questionnaires Patient
Recrutement des patients	Répartition du mode de recrutement en % Retour d'expérience de l'enquêteur
Refus	% de refus direct % de refus justifiés Raisons des refus
Abandons	% d'abandons en cours d'étude Raisons des abandons

ORGANISATION SPATIO-TEMPORELLE	
Lieux de rencontres	Répartition des lieux de rencontres en % Nombre de titulaires ayant aménagé un espace de confidentialité % de satisfaction du patient (QP) % de patients préférant les rencontres à domicile (QP) Nombre de titulaire acceptant la rencontre à domicile Retour d'expérience de l'enquêteur
Période d'intervention dans le traitement	Répartition des périodes d'intervention en %
Aménagement des plages horaires	Nombre de titulaires ayant aménagé des plages horaires % d'enquêteurs satisfaits des plages horaires % de satisfaction des patients sur les plages horaires
Assiduité aux rendez-vous	Nombre de séances annulées par les patients Nombre de séances annulées par l'étudiant Nombre de patients non rigoureux dans les horaires
Nombre des rencontres	Répartition des patients selon le nombre de rencontres et le type de pathologie Nombre moyen de rencontres / patient % de satisfaction patient (QE)
Durée des rencontres	Temps consacrés aux patients pour les différents types de séances % de satisfaction patient, enquêteur, titulaire (QP, QE, QT)
Modalités des rencontres	Répartition des modalités de rencontres (séances collectives, individuelles, accompagnées) % de présence du titulaire dans les séances

LES OUTILS DU SUIVI EDUCATIF	
<p>Dossier patient Annexe 9</p>	<p>Nombre d'items rajoutés, item inutiles Temps consacré au remplissage Nombre d'enquêteurs ayant rencontré des difficultés pour le remplir</p> <p>Evaluation de l'outil par retour d'expérience</p>
<p>Diagnostic éducatif Annexe 10</p>	<p>Répartition du nombre de séances requises pour sa réalisation Temps consacré pour sa retranscription écrite</p> <p>Retour d'expérience sur sa réalisation (difficultés rencontrées, accessibilité aux informations)</p>
<p>Séances éducatives - Fiche de suivi des séances (Annexe 12) - Fiche des thèmes (Annexe 11) - Evolution des séances (Annexe 13)</p>	<p>Répartition des thèmes abordés selon chaque pathologie % de recherches nécessaires pour répondre aux objectifs % de patient exprimant l'objectif principal fixé avec l'enquêteur % de séances éducatives ayant répondu aux objectifs fixés % d'intervention des médecins et pharmacien dans la gestion des séances</p> <p>Retour d'expérience de l'enquêteur</p>
<p>Documentations proposées aux patients</p>	<p>% de patients pour qui un document a été proposé % patient ayant refusé les documents % de patients ayant intégré les documents Type de documents proposés (brochures,...)</p> <p>Retour d'expérience de l'enquêteur</p>
<p>Supports pédagogiques utilisés</p>	<p>% de séances ne nécessitant aucun support Type de supports utilisés (impact du tri de boîtes, etc.)</p>

RESSENTI DES DIFFERENTS ACTEURS	
Mesure de la satisfaction des patients (QP)	<p>% de patient satisfait % de patient ayant noté des répercussions sur sa maladie % de patient n'ayant pas apprécié des choses désagréables ou contraignantes dans la démarche % de patient estimant avoir une meilleure gestion de leur traitement % de patient ayant communiqué à leurs proches, ayant conseillé à leurs proches cette démarche % de patient referant appel à la méthode pour une autre pathologie</p> <p>Retour d'expérience (QE)</p>
Ressenti global du titulaire (QT)	<p>Étapes clés de la démarche selon les titulaires Nombre de titulaire satisfait Nombre de titulaire estimant avoir aidé l'étudiant Nombre de titulaire pensant que cette démarche a perturbé l'organisation officinale Nombre de titulaire pensant que cette activité est faisable à l'officine Nombre de titulaire pensant qu'une formation est nécessaire Nombre de titulaire estimant que leurs patients sont satisfaits Nombre de titulaire ayant évalué le rapport bénéfice / temps consacré à la démarche</p>
Ressenti global du médecin (QM)	<p>Avis des médecins (mécontentement, satisfaction, encouragement) (questions ouvertes)</p>
Ressenti global de l'enquêteur (QE)	<p>Nombre d'enquêteurs satisfaits Nombre d'enquêteurs ayant une meilleure approche des problèmes du patient, Nombre d'enquêteurs ayant rencontré des difficultés morales, matérielles ou relationnelles (RDV manqué, cancer.) Nombre d'enquêteur estimant le rapport bénéfice / temps consacré (suffisant/faible/non estimable) Nombre d'enquêteurs estimant qu'une formation est nécessaire</p>

<p>Relationnel entre les acteurs</p>	<p>% de patient orienté vers d'autres professionnels de santé % de patient informé de l'existence d'un réseau % de patient ayant intégré ce réseau Répercussion des rencontres dans la relation avec le médecin et le pharmacien selon le patient % de patient considérant que l'enquêteur a pris en compte ses particularités (QP) % de patient ayant parlé à leur médecin de cette démarche % enquêteur ayant pris en compte les particularités des patients (QE) % de rapport final verbal ou écrit transmis aux médecins Ressenti sur la collaboration médecin/pharmacien</p>
<p>IMPACT ECONOMIQUE DE LA DEMARCHE</p>	
<p>Evaluation de l'impact économique de la démarche de suivi éducatif</p>	<p>Coût moyen global par patient Nombre de patients abordant la notion de service payant (QP) Nombre de titulaire estimant qu'une rémunération est nécessaire (QT) Rapport bénéfice / temps passé selon les titulaires et l'éducateur (QT, QE)</p>

RESULTATS

Le tableau récapitulatif des résultats se trouve en Annexe 18.

1. Profils des inclusions

1.1. Profil des patients

Compte tenu de l'objectif principal de l'étude, à savoir l'analyse de la faisabilité de la démarche éducative à l'officine, nous avons regroupé les données des 5 officines ayant participé au recueil.

Les données exploitées étaient basées sur le nombre total de patients pour lesquels la démarche était validée dans son intégralité (soit 43 patients) : réalisation d'un diagnostic éducatif ; exécution, ou non, d'une ou plusieurs séances éducatives selon les besoins issus de ce diagnostic éducatif et validation du questionnaire patient (QP) à la fin de la période d'étude. Ainsi, sur les **73 patients sollicités** pour la démarche, seuls **43** (soit 59%) d'entre eux étaient inclus dans la suite des données statistiques (soit 7 pour asthme/BPCO, 8 pour insuffisance cardiaque, et diabète de type II, 10 pour AVK et migraine) ; nous avons exclus les **21 refus** (soit 29%) et les **9 abandons** en cours d'étude (soit 12%) pour une meilleure cohérence des résultats (analyse per protocole), mais nous avons tenu compte des expériences vécues avec l'ensemble des patients lors de la discussion. Notons enfin que nous avons obtenu un taux de remplissage du questionnaire patient de 91% avec 39 questionnaires remplis (1 questionnaire pour 2 patients en couple, 3 autres non effectués car 1 patient décédé en cours d'étude, 1 patient hospitalisé et 1 patient injoignable).

Ainsi, chaque étudiant a rencontré entre 7 et 10 patients pour ce suivi éducatif spécifique.

1.1.1. Age

Les caractéristiques démographiques des 43 patients inclus sur la période d'étude étaient les suivantes :

- âge moyen : 63 ans, écart type : 18,9
- médiane : 70
- extrêmes : 6 - 90 ans

1.1.2. Sexe

Nous avons inclus 47% de patients de sexe féminin. Cela n'est pas représentatif d'un échantillon de population française car les femmes sont majoritaires en nombre (INSEE 2005). Cette proportion dépend évidemment du type de pathologie considérée. Cela n'influe pas sur la démarche éducative – en dehors des relations classiques éducateur / éduqué, homme / femme et de différentes classes d'âge.

1.1.3. Nationalité et culture

95% des patients recrutés étaient de nationalité française.

1.1.4. Langage et niveaux de compréhension

98% s'exprimaient en français. Le niveau de compréhension réciproque était estimé par l'enquêteur comme étant « suffisant » dans 93% des cas, comme étant « médiocre » dans 7% des cas.

1.1.5. Catégorie socioprofessionnelle

On a noté une majorité de patients retraités ayant accepté les rendez-vous à l'officine (Figure 14). Un seul patient exerçait dans le domaine de la santé.

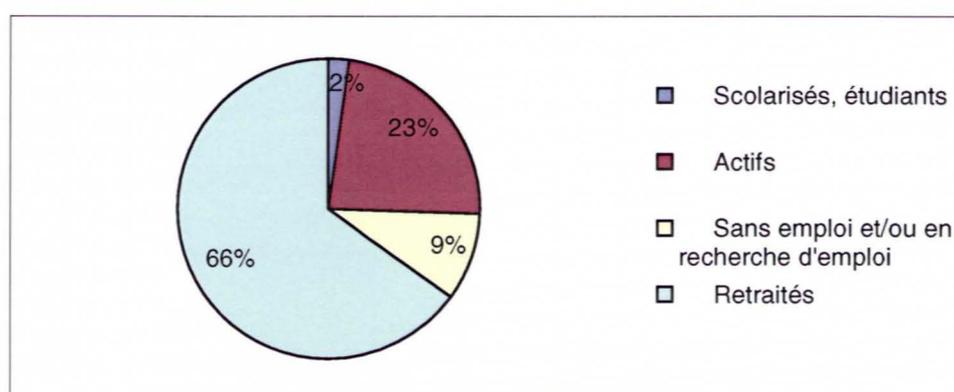


Figure 14 : Répartition des patients selon la catégorie socioprofessionnelle (n = 43)

1.1.6. Contexte médical et thérapeutique avant l'étude

Les patients se présentaient en général 1 fois par mois à l'officine (Figure 15).

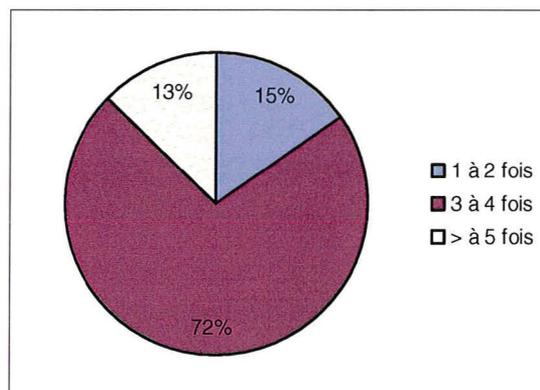


Figure 15 : Nombre de fois où le patient se présente à l'officine, par trimestre (n = 39)

Dans cette population majoritairement âgée, le contexte médical des patients, déterminé lors du remplissage du dossier patient, se caractérisait par un nombre de patients à multiples pathologies (67%), une polymédication (77%) et une faible tendance à l'automédication (74%) (Figure 16) ; cette dernière était considérée comme « moyenne » lorsque le patient prenait des médicaments non prescrits si besoin ou par période. Ce contexte se complétait également par l'entourage médical relatif à la pathologie d'inclusion à l'étude (Figure 17) : 79% consultaient 1 médecin généraliste + un ou plusieurs spécialistes pour la pathologie d'inclusion à l'étude. Soulignons par contre que près de 20% des patients n'étaient pas suivis par un spécialiste. Aucun des patients ne bénéficiaient d'une hospitalisation à domicile (HAD).

Résultats

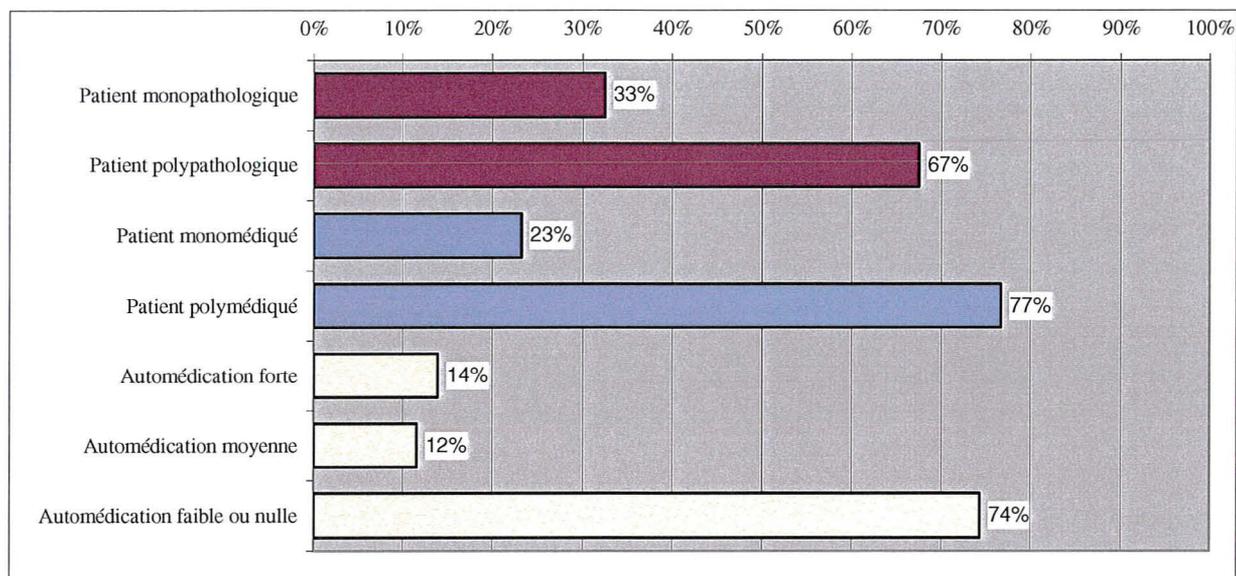


Figure 16 : Répartition des patients selon les nombres de pathologies et le niveau de médication (n = 43)

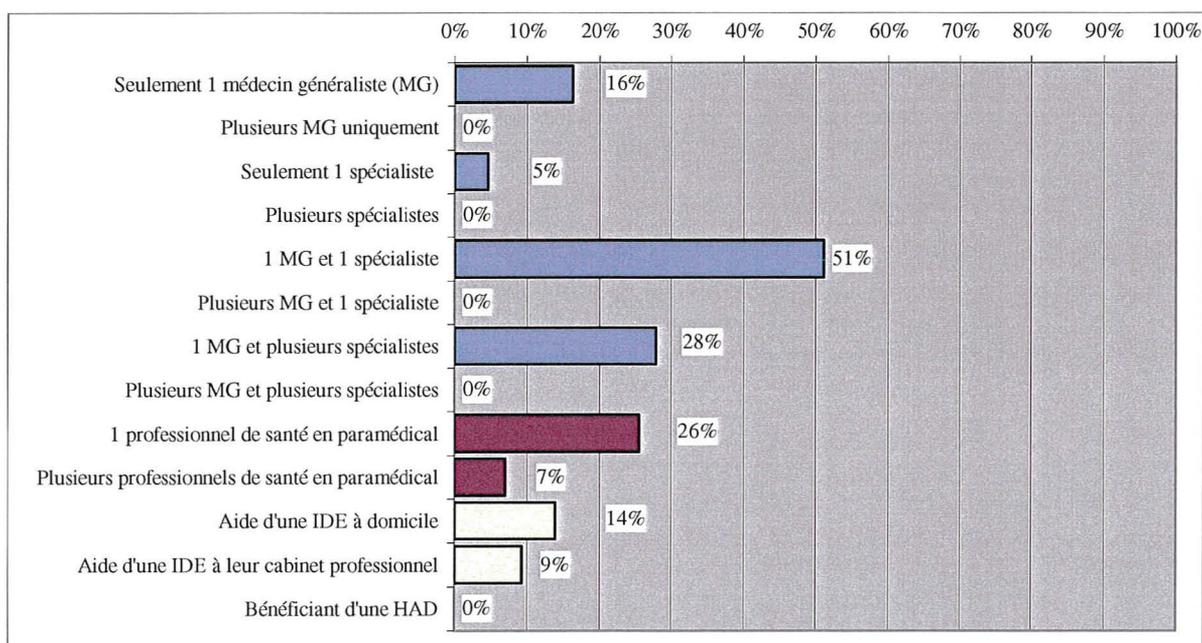


Figure 17 : Entourage médical des patients recrutés (n = 43)

Concernant les pathologies suivies par analyses médicales, nous avons évalué que 88% des patients les effectuaient correctement, à la bonne fréquence et en conservant les résultats (Figure 18).

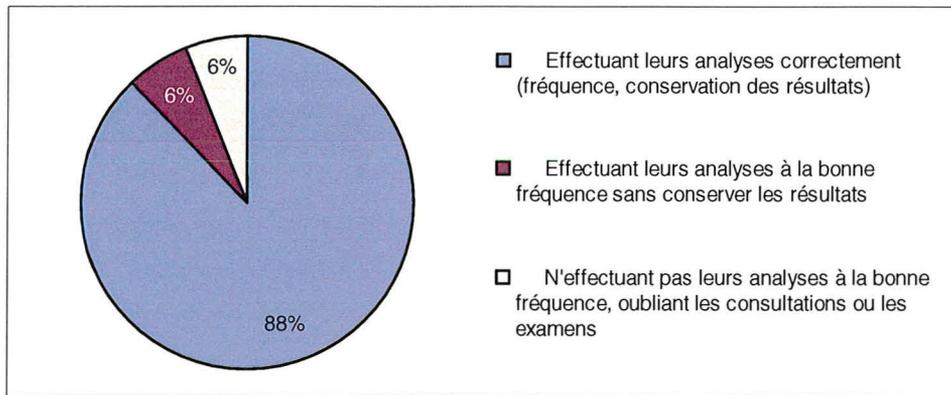


Figure 18 : Les patients et leurs analyses biologiques (n = 43)

Sur les 5 pathologies de l'étude, toutes étaient concernées par l'existence d'un réseau spécialisé. 2% des patients y étaient intégrés avant l'étude.

1.1.7. Acceptation de la pathologie / du traitement

Dans ce contexte médical, on a noté que les patients ayant choisi de participer à l'étude acceptaient déjà de façon globale leur pathologie et leur traitement (Figure 19) selon le diagnostic éducatif établi par l'enquêteur.

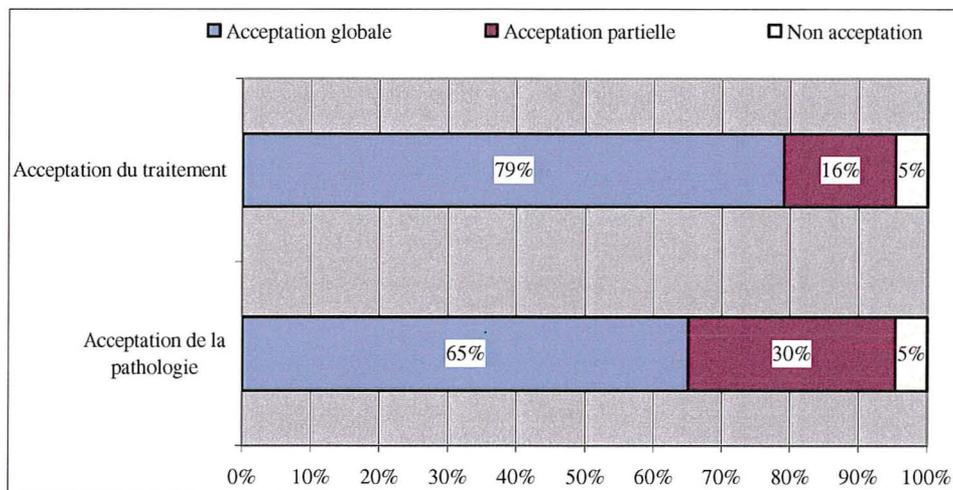


Figure 19: Niveaux d'acceptation de la pathologie et du traitement (n = 43)

Avant l'étude, 41% des patients se posaient des questions sur leur pathologie ou leur traitement. Une grande majorité n'avait pourtant jamais participé à une offre d'éducation thérapeutique formalisée pouvant leur apporter des réponses nécessaires (Figure 20).

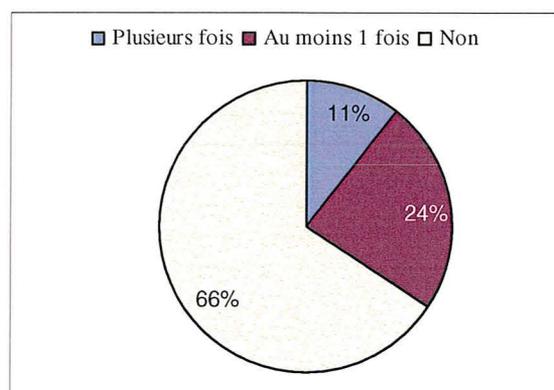


Figure 20 : Patients ayant bénéficié d'une éducation thérapeutique avant l'étude (n = 39)

1.1.8. Respect des critères d'inclusion

La population sélectionnée respectait le choix initial d'hétérogénéité dans les critères d'âge, de sexe, de catégorie professionnelle, de nationalité et de niveau d'expression. Les patients inclus abordaient de façons très différentes leur traitement et leurs pathologies.

1.2. Profil des officines et titulaires – maîtres de stage

Sur les 5 titulaires concernés par l'étude, aucun ne se consacrait à des activités relatives à des associations de malades et deux participaient à des associations de prévention. Seul l'un d'entre eux exerçait une activité de formation continue proposée par une entreprise de grossiste répartiteur. Tous déclaraient n'avoir jamais eu d'expérience antérieure particulière en termes d'éducation thérapeutique formalisée.

Nous avons pris soin de réaliser les rendez-vous pharmaceutiques dans des officines diverses, qui de ce fait ont intégré notre démarche de façon différentes dans leur organisation professionnelle. Trois d'entre elles sont situées en milieu urbain, dont une est intégrée en centre commercial avec 20% de clientèle fidélisée et les deux autres sont des officines de quartier à activité mixte (entre milieu rural et urbain). La clientèle fidélisée pour les quatre officines non situées en centre commerciale était majoritaire (80%).

1.3. Les médecins entourant les patients inclus

Les statistiques concernent uniquement les 28 médecins ayant retourné le questionnaire rempli (Figure 21), dont 3 (soit 10%) étaient des médecins spécialistes : pneumo allergologue, neurologue et diabétologue.

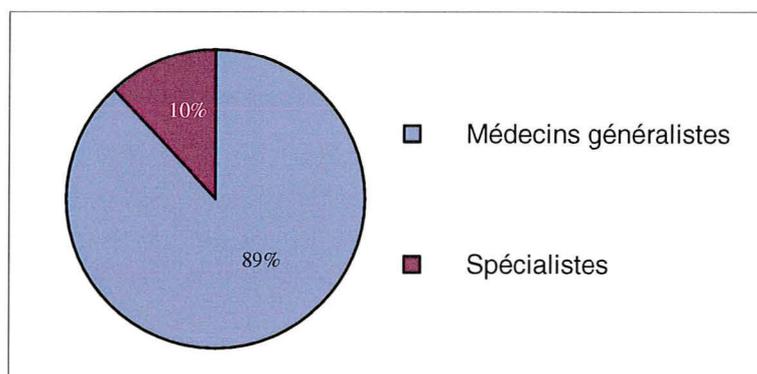


Figure 21 : Catégories de médecins inclus dans les données quantitatives (n = 28)

Suite aux premiers contacts (téléphonique ou courrier), peu de médecins ont demandé des informations supplémentaires (14%) et aucun n'a cherché à contacter le titulaire au sujet de cette étude.

Plus de la moitié (61%) n'avait jamais eu d'expérience particulière en éducation thérapeutique (Figure 22). 13 médecins (soit 46%) se consacraient à des activités de formation (Figure 23) et 3 médecins (soit 11%) participaient à des associations de prévention et des associations de malade. Tous les médecins spécialistes interrogés déclaraient effectuer des éducations thérapeutiques au cours de leurs consultations, versus moins de 20 % des généralistes (faute de temps et de formation adaptée).

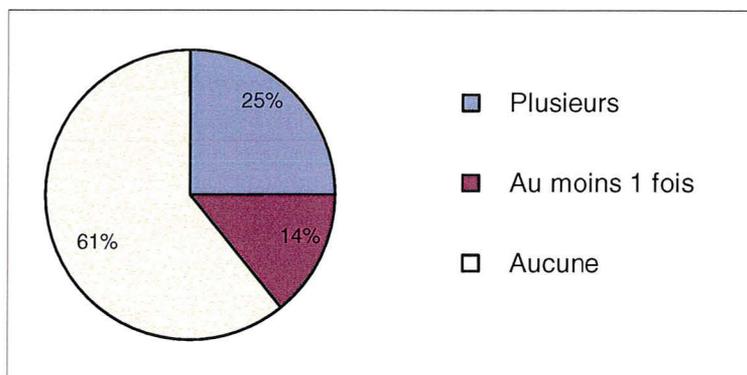


Figure 22 : Existence ou non d'expériences antérieures en éducation thérapeutique pour les médecins de l'étude (n = 28)

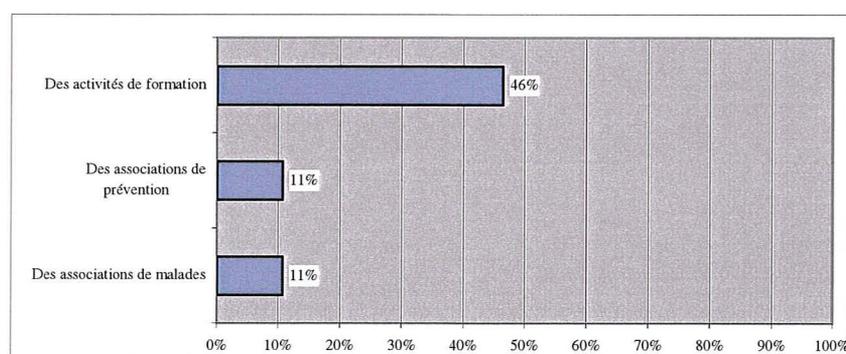


Figure 23 : Nature des expériences en éducation thérapeutique pour les médecins de l'étude (n = 28)

75% des médecins interrogés travaillaient en étroite collaboration avec d'autres professionnels de santé (Figure 24) et la presque totalité trouvaient cette collaboration satisfaisante (Figure 25), ce qui correspond de toute façon aux pratiques actuelles et à une interdépendance croissante entre professionnels¹⁷⁵.

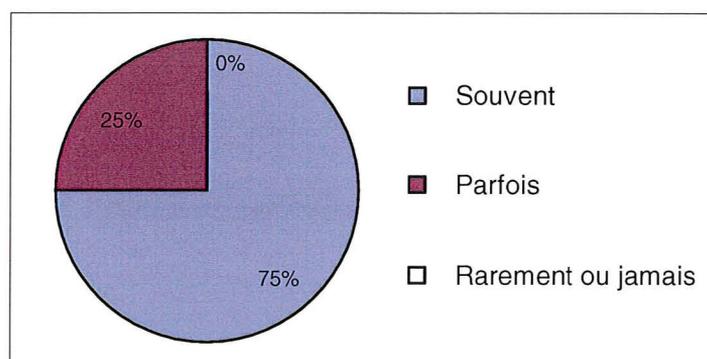


Figure 24 : Fréquence de travail en collaboration étroite avec d'autres professionnels de santé selon la pratique des médecins de l'étude (n = 28)

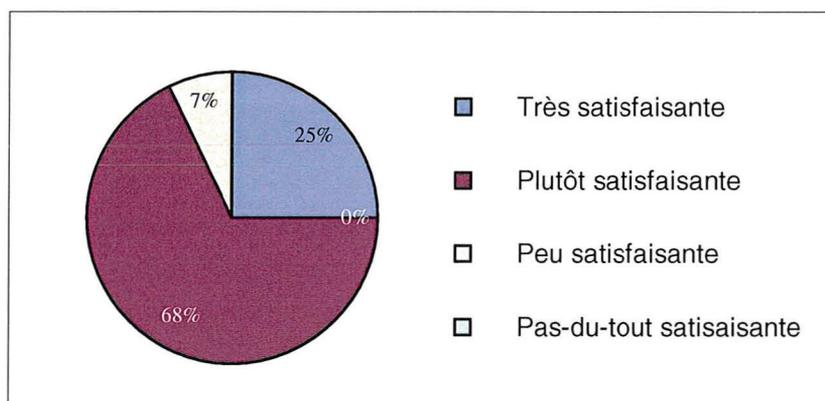


Figure 25 : Avis des médecins sur la collaboration entre professionnels de santé (n = 28)

1.4. Les enquêteurs

Les 5 étudiantes, stagiaires en 6^{ème} année Officine, avaient travaillé en officine plus de 700 heures avant l'étude (de 500 à 1046 heures). Toutes avaient également suivi une formation de base à l'approche éducative. Toutes avaient pratiqué des éducations thérapeutiques avant de réaliser celles pour l'étude, notamment dans le cadre de leur stage hospitalier.

2. Critères de faisabilité de la démarche éducative

2.1. Pertinence de l'information apportée aux différents acteurs au sujet de la démarche

2.1.1. Information des différents acteurs

2.1.1.1. Acceptabilité des patients d'entrer dans le dispositif

Dans la moitié des cas (51%), l'acceptabilité de participer à l'étude a demandé un délai de réflexion au patient, ou un apport d'informations complémentaires de la part du recruteur. Dans les autres cas, l'acceptabilité de cette étude a été jugée « directe ». (Figure 26). Cela a été le cas pour près de la moitié des patients inclus (49%).

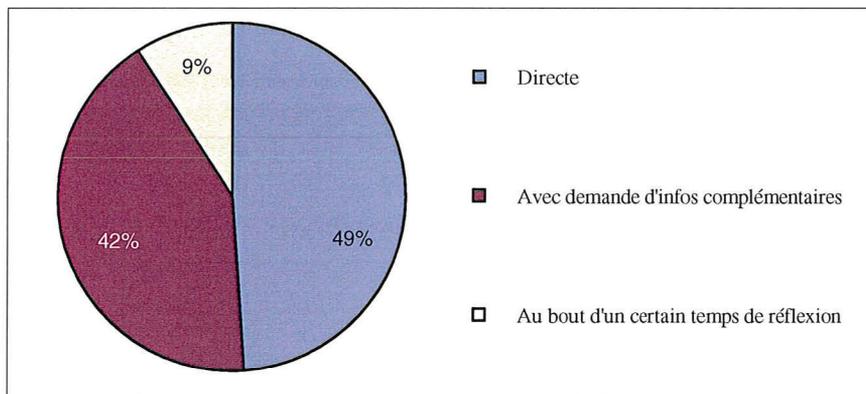


Figure 26 : Répartition des niveaux d'acceptation de participer à l'étude par les patients (n = 43)

Les raisons d'acceptation ont été demandées aux patients et sont exposées à la Figure 27 .

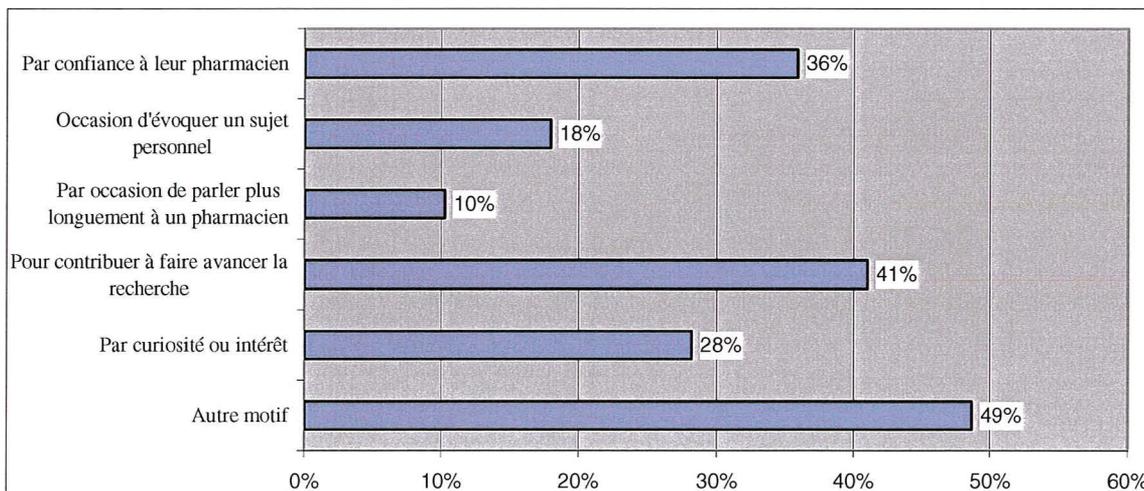


Figure 27 : Raisons d'accepter de participer à l'étude selon les patients (n = 39)

Le taux de remplissage du questionnaire patient était de 91% (39 questionnaires remplis).

67% des patients ont exprimé l'objectif principal qu'ils s'étaient fixés avec l'étudiant, en général, celui de faire plaisir à l'enquêteur.

2.1.1.2. Taux de réponse des médecins

Quatre-vingt-cinq pourcents des 33 médecins sollicités, informés de la participation de leur patient à l'étude, ont retourné le questionnaire rempli.

2.1.2. Recrutement des patients

Les patients fidélisés ont été recrutés directement par le titulaire maître de stage ou par l'étudiant, sur conseils éventuels du titulaire et après consultation de l'historique médicamenteux (Figure 28). Le reste de l'équipe officinale est également intervenu à ce niveau. Enfin, en cours d'étude, certains patients se sont présentés d'eux-mêmes parce qu'ils avaient entendu parler de cette démarche au sein de l'officine.

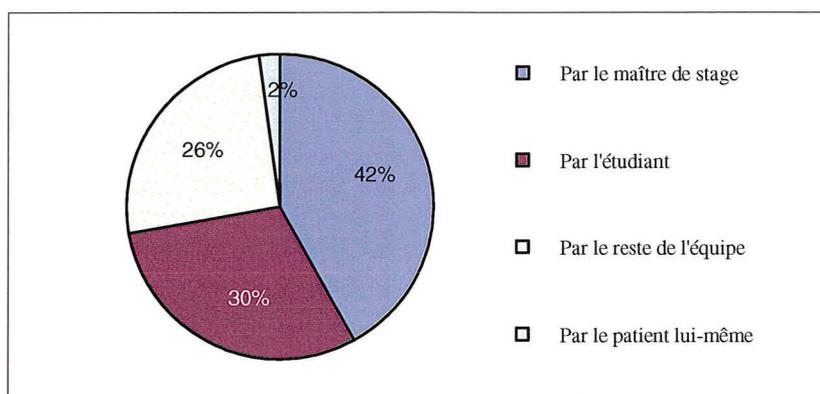


Figure 28 : Répartition des modes de recrutement des patients (n = 43)

2.1.3. Refus

On dénombre 8% de refus directs catégoriques et 21% de refus avec une justification de raison. Nous aborderons les causes précises de refus dans la partie de discussion.

2.1.4. Abandons en cours d'étude

Douze pourcents des patients ont abandonné en cours d'étude. Nous avons choisi de ne pas les inclure dans les données numériques afin d'homogénéiser et de pouvoir interpréter les résultats avec les patients ayant fait l'objet d'une intervention éducative en globalité. Nous aborderons les causes précises d'abandon dans la partie de discussion.

2.2. Organisation spatio-temporelle

2.2.1. Les lieux des rencontres

Les titulaires ont tous accordé aux enquêteurs des visites au domicile pour les patients volontaires. Nous avons ainsi rencontré 3 patients (soit 7%) uniquement à domicile et 40 patients (soit 93%) à l'officine ou de façon mixte. Parmi ces derniers, 6 patients (soit 15%) ont été rencontrés au moins une fois à leur domicile lors du suivi éducatif. La Figure 29 expose les différents lieux de rencontres pour les 40 patients suivis à l'officine. Treize patients (soit 33%) ont été rencontrés de façon mixte entre le comptoir et un espace de confidentialité prévue à cet effet, mais aucun patient n'a été reçu au comptoir uniquement. Enfin, les 68% restant ont été rencontrés dans un espace de confidentialité uniquement, deux officines sur cinq ayant spécialement créé cet espace à cet effet.

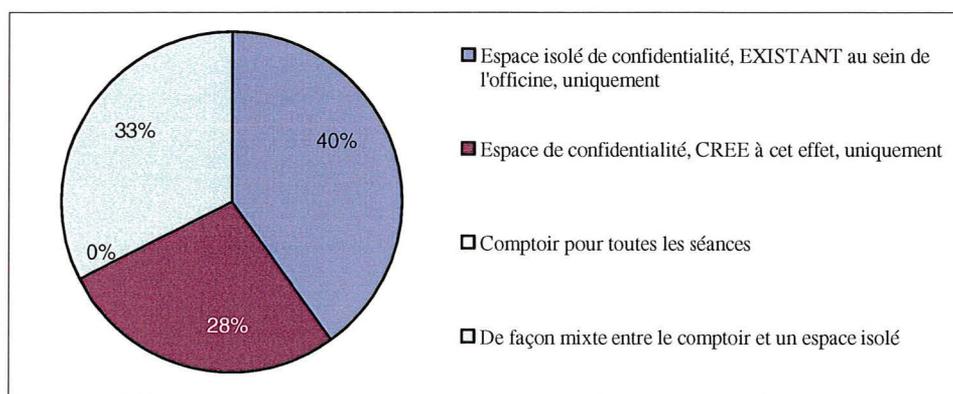


Figure 29 : Répartition des lieux de rencontres au sein de l'officine (n = 43)

97% des patients ont estimé que la zone d'accueil convenait et 24% auraient préféré des rencontres à domicile.

2.2.2. Données temporelles de la démarche

2.2.2.1. Période d'intervention

L'importance de l'éducation apportée variait selon le moment d'intervention dans le traitement du patient : il pouvait s'agir d'une introduction de traitement, d'une période précoce inférieure à 1 an après initiation ou d'un traitement en cours depuis plus de 5 ans (Figure 30).

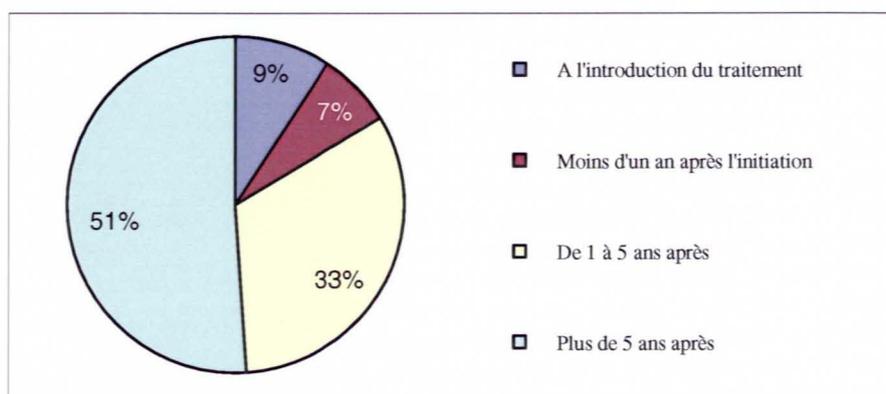


Figure 30 : Périodes d'intervention dans le traitement de la pathologie chronique (n = 43)

2.2.2.2. Aménagement de plages horaires

Deux titulaires sur cinq ont aménagé des plages horaires, et ce de façon aléatoire. Les 5 étudiantes étaient satisfaites des horaires de rendez-vous. L'avis des patients était similaire : 100% étaient satisfaits par les horaires des rendez-vous.

2.2.2.3. Assiduité

L'annulation des séances a concerné 14% des cas quand c'était le patient qui ne s'était pas présenté lors du rendez-vous, et n'était que de 4% quand c'était l'éducateur qui n'avait pas pu être disponible (causes maladie, formation imprévue ou suractivité officinale). Ainsi, nous estimons à 7 (soit 16%) les patients non rigoureux dans le respect des rendez-vous fixés avec l'éducateur, c'est-à-dire les patients qui n'ont pas prévenus de leur absence à presque toutes les séances, ou ceux qui se présentaient à des horaires très différents de ceux fixés, pouvant perturber l'organisation de l'éducateur.

2.2.2.4. Nombre de séances

Les rencontres entre le patient et l'enquêteur se sont surtout effectuées en 1 ou 2 fois car elles correspondaient soit à 1 séance où diagnostic éducatif et séance éducative étaient confondus, soit 2 séances distinctes (Figure 31). Cependant, nous avons constaté des différences sur le nombre de rencontres en fonction des pathologies (Figure 32) : les patients sous AVK ont été rencontrés majoritairement 1 à 2 fois, alors que les patients diabétiques ont été rencontrés 4 à 5 fois. 76% des patients étaient satisfaits du nombre de rencontres qui leur avaient été proposées (Figure 33). En moyenne, chaque éducateur compte 2,7 séances par patient et 22,8 séances au total au cours de ces six mois.

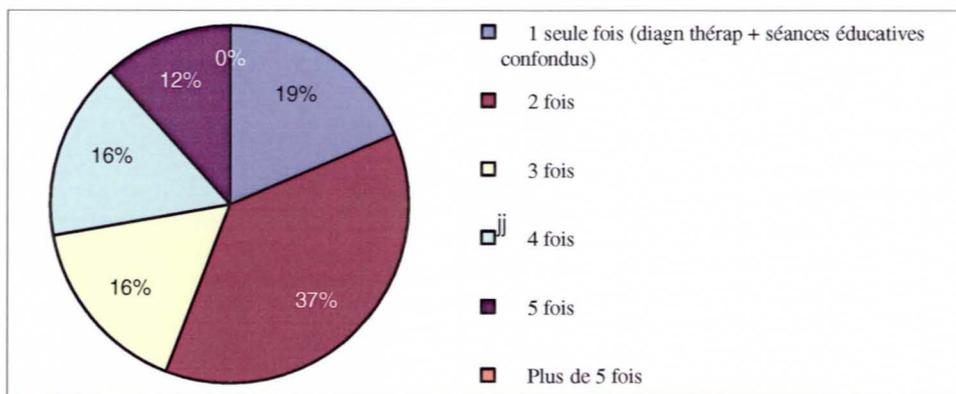


Figure 31 : Nombre de rencontres pour chaque patient (n = 43)

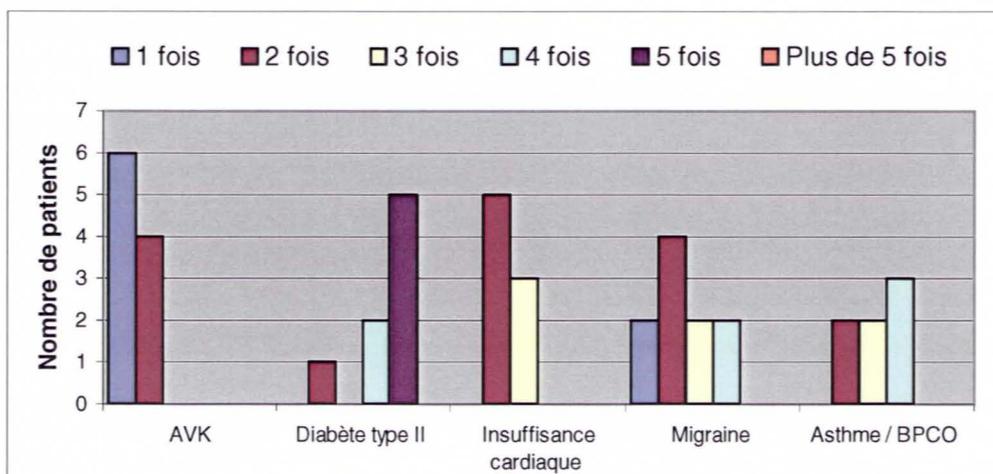


Figure 32 : Répartition des patients en fonction du nombre de rencontres selon le type de pathologie (n = 43)

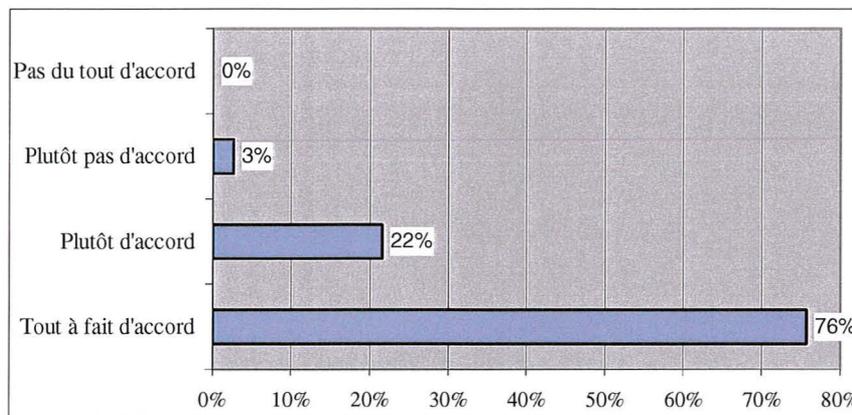


Figure 33 : Avis des patients sur le nombre de rencontres (n = 39)

« Le nombre de rencontres vous a-t-il convenu ? »

2.2.2.5. Durée des séances

On a constaté que les rencontres pour établir un diagnostic éducatif étaient d'une durée moyenne proche de celle fixée dans le protocole d'étude (44 minutes estimées pour 40 minutes initialement prévues dans le protocole), alors que les séances éducatives étaient plus longues que prévu (28 minutes estimées au lieu de 20 minutes prévues). Les séances mixtes étaient de durée très variable et correspondaient en moyenne au cumul des temps prévus dans le protocole : 53 minutes pour 60 minutes (40 + 20) initialement fixées (Figure 34).

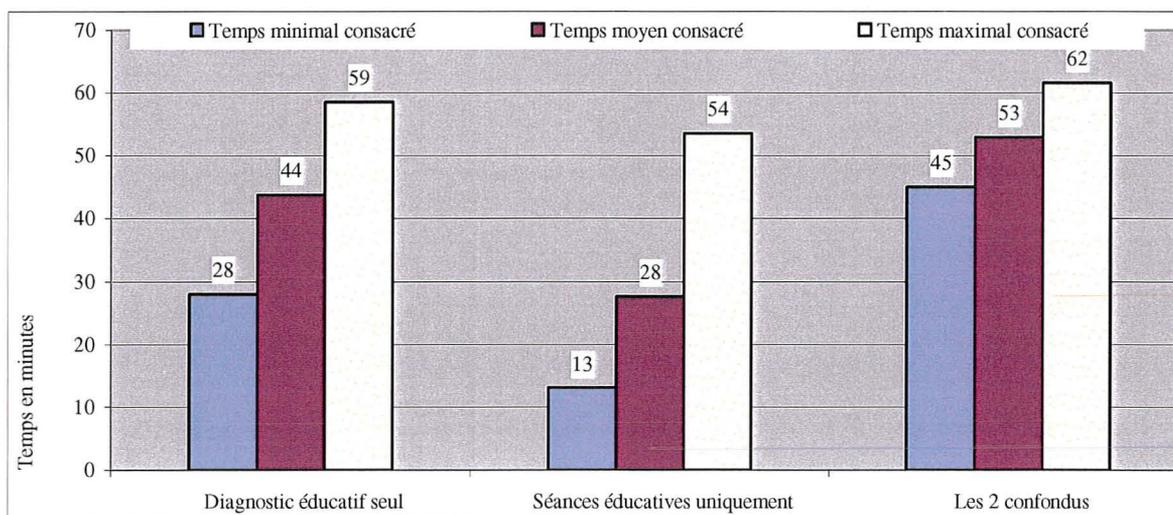


Figure 34 : Temps moyen consacré pour les 114 rencontres effectuées avec le patient (diagnostic éducatif et séances de suivi éducatif pour les 5 enquêteurs)

Plus de 90% des patients ont jugé la durée des séances comme étant adaptée (Figure 35).

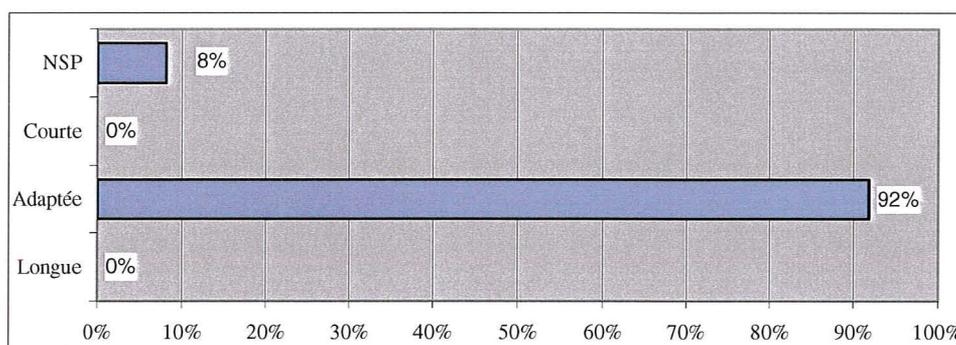


Figure 35 : Avis des patients sur la durée des rencontres (n = 39)

« La durée des rencontres étaient pour vous... »

Enfin, il a paru difficile pour les titulaires d'évaluer la durée des séances et donc d'estimer le rapport bénéfice / temps passé, car aucun n'a participé directement aux rencontres. Seule estimation : aucun titulaire n'a jugé que le temps imparti ait été disproportionné.

2.2.3. Modalités des rencontres

Dans la majorité des cas (93%), le patient s'était présenté seul et a été suivi par l'étudiant enquêteur uniquement (Figure 36). Nous avons considéré comme une séance collective la rencontre simultanée d'un couple de diabétique. Trois patients ont été suivis ou au moins 1 fois suivis par le binôme enquêteur / pharmacien (Figure 37).

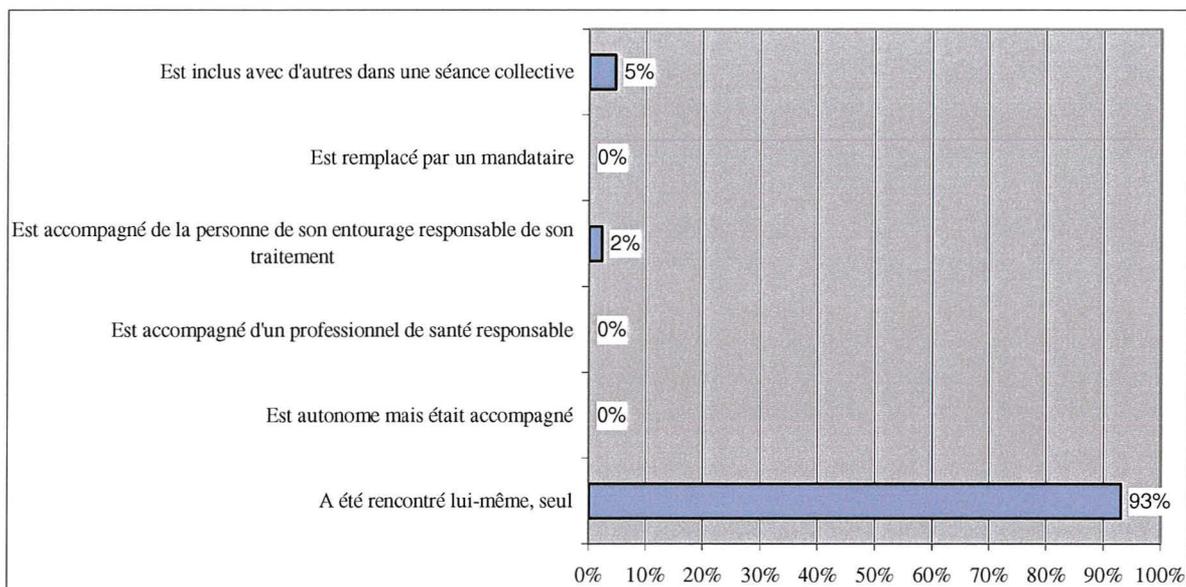


Figure 36 : Modalités des rencontres (n = 43)

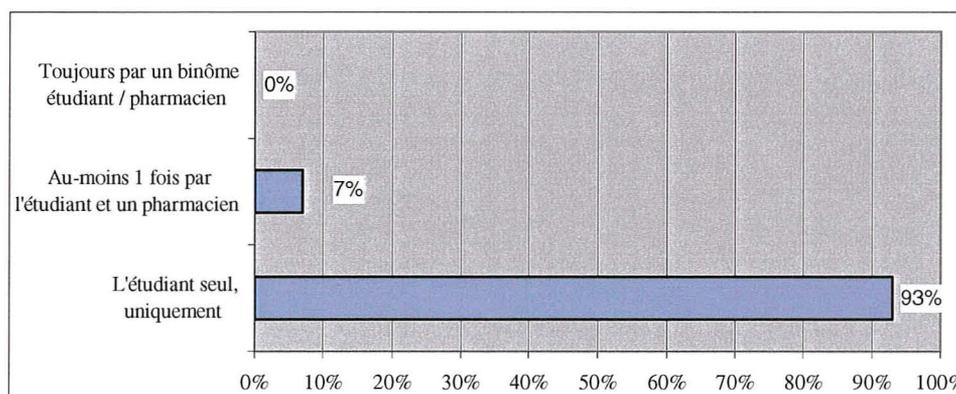


Figure 37 : Les dirigeants des rencontres (n = 43)

2.3. Les outils du suivi éducatif

2.3.1. Le dossier patient

Tous les items ont été utilisés parmi ceux fixés au préalable. Par contre, un item a été ajouté dans le cadre de certaines pathologies : biologie avec les analyses médicales (fréquence des analyses, auto-mesure, réaction face aux résultats).

Des données étaient accessibles directement à l'officine et les étudiantes s'accordaient à dire qu'il était fondamental de pré-remplir le dossier patient avec toutes ces informations

accessibles grâce aux logiciels informatiques ou une discussion avec l'équipe officinale. Les 5 étudiantes estimaient qu'il est facile de remplir ce dossier patient en discutant avec le patient. Aucun critère n'apparaissait comme délicat à aborder.

2.3.2. Le diagnostic éducatif

Il a été effectué environ autant de fois en un rendez-vous (53% des cas) qu'en plusieurs fois car il a pu être complété lors des séances éducatives ultérieures (Figure 38). Dans la moitié des cas une synthèse écrite a été réalisée, le temps de réalisation étant très variable d'un enquêteur à un autre (de 5 à 20 minutes en moyenne). En règle générale, les informations récoltées lors de l'entretien ont été retranscrites rapidement après la séance et ont été utilisées pour l'ensemble des séances éducatives. Selon les cinq enquêteurs, la réalisation du diagnostic éducatif s'est avérée complexe. Il a été intéressant de compléter préalablement les données qui étaient accessibles directement à l'officine, notamment en discutant avec l'équipe officinale.

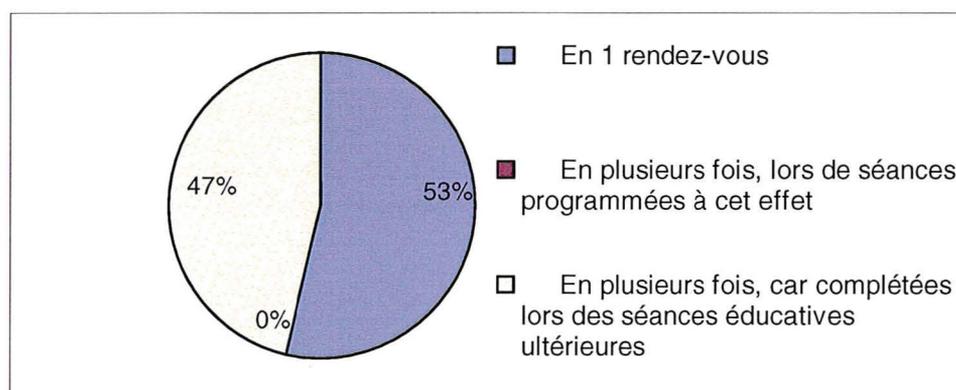


Figure 38 : Nombre de séances pour effectuer le diagnostic éducatif (n = 43)

2.3.3. Les séances de suivi éducatif

Aucun thème n'a été rajouté à ceux déterminés (Annexe 11) dans le protocole de la démarche (Figure 13). Ces derniers ont été inégalement abordés si l'on considère toutes les séances (Figure 39). Le suivi des séances, par l'évaluation de la validation de ces thèmes, est différent pour chaque patient, et selon la pathologie. Par contre, certains thèmes ont été abordés plus particulièrement (avec plus de la moitié des patients suivis) dans certaines

pathologies (Figure 40) : appareillage (asthme BPCO, diabète), diététique (AVK, asthme BPCO, Diabète, Migraine), évolution de la pathologie (AVK, asthme BPCO, Diabète, Migraine), surdosages (AVK, diabète, IC, Migraine). Le thème des analyses médicales n'a bien entendu pas été abordé dans le cadre de la migraine. Certains thèmes ont été moins abordés (avec moins d'un patient sur deux) : génériques, grossesse / allaitement et inefficacité thérapeutique. En effet, chaque éducateur s'est efforcé de cibler les besoins adaptés à chaque patient et d'aborder les thèmes par ordre de priorité (établi selon le diagnostic éducatif) ; compte tenu du nombre de séances et de leur durée.

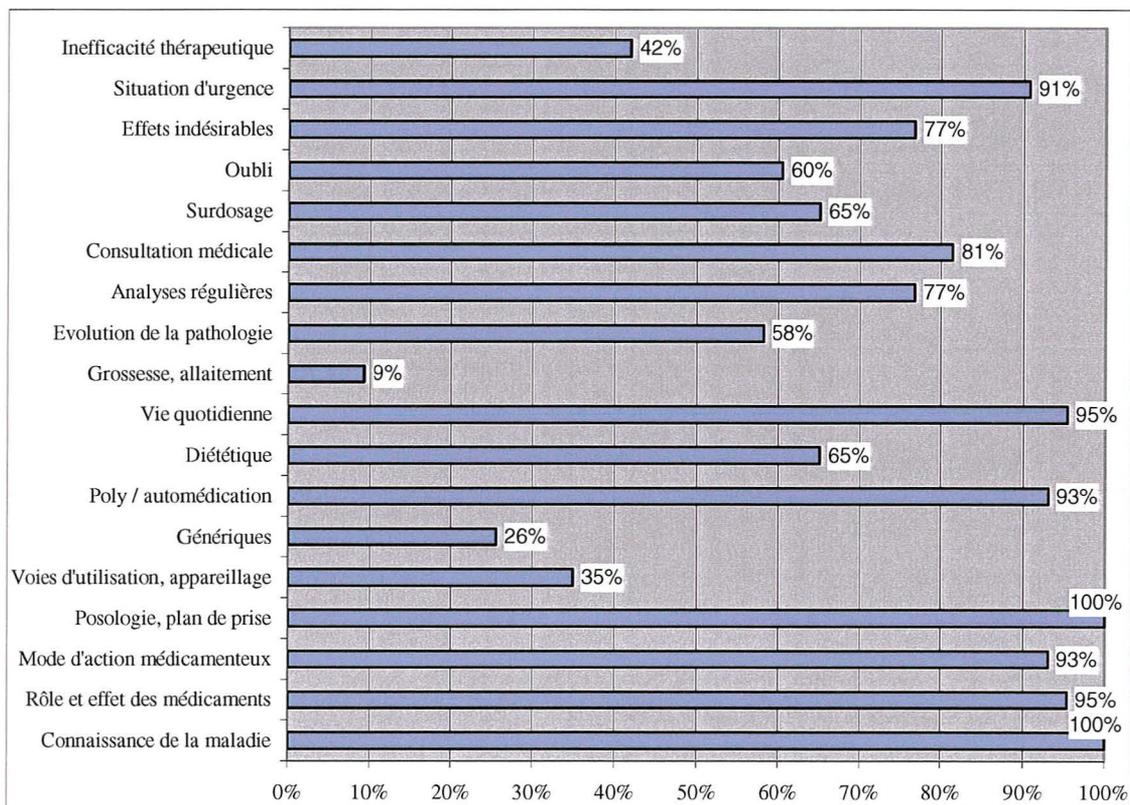


Figure 39 : Utilisation des thèmes fixés selon le diagnostic éducatif lors des séances éducatives (43 patients sur 114 séances)

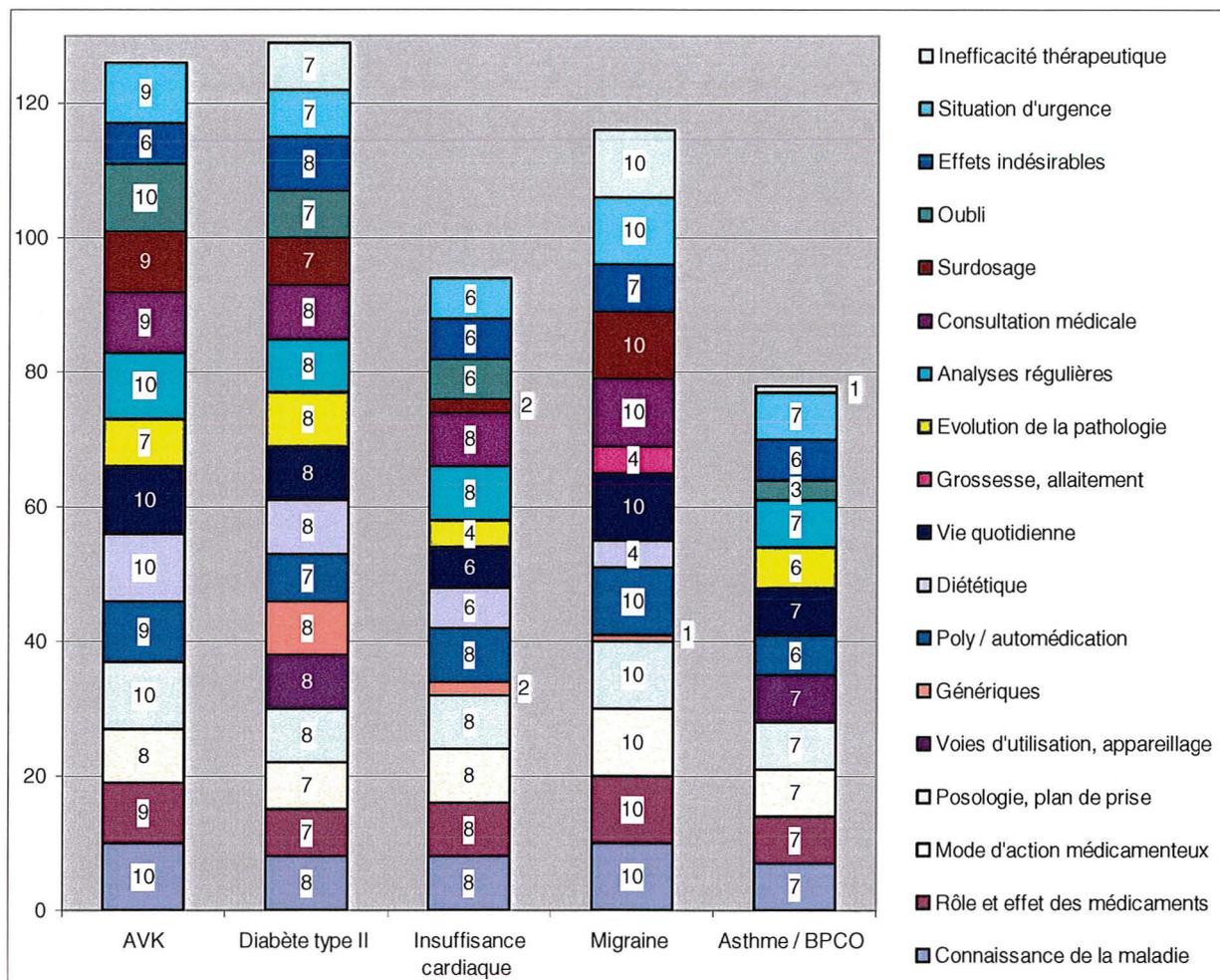


Figure 40 : Nombre de patients pour lesquels ont été abordés les thèmes proposés dans le protocole d'étude, par pathologies

(Rappel : AVK = 10 patients, Diabète type II = 8 patients, Insuffisance cardiaque = 8 patients, Migraine = 10 patients, Asthme / BPCO = 7 patients)

Dans 65% des cas, les thèmes fixés selon le diagnostic éducatif ont été abordés en totalité lors des séances éducatives (Figure 41). De ce fait, 70% des séances éducatives ont répondu totalement aux objectifs thérapeutiques issus du diagnostic éducatif. Dans environ un quart des cas, des recherches supplémentaires ont été nécessaires pour répondre aux objectifs thérapeutiques ou aux questions émanant du patient.

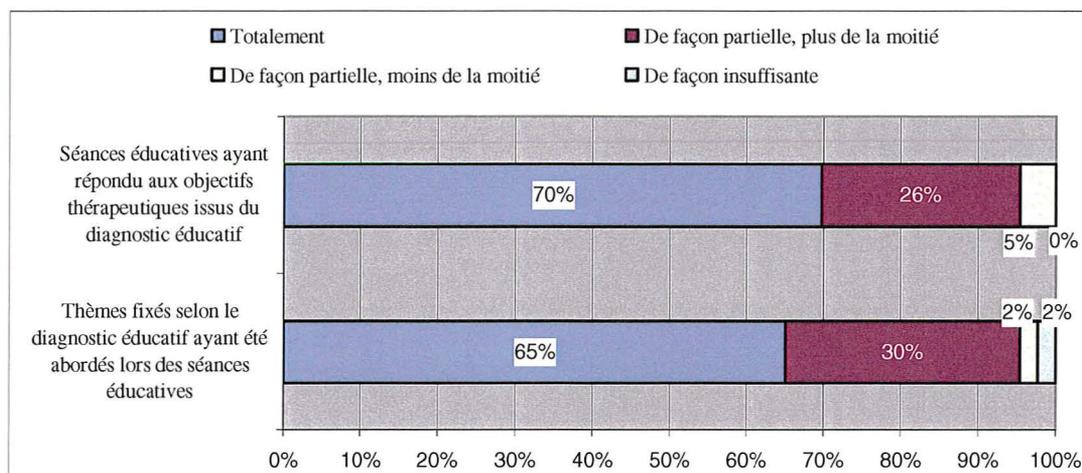


Figure 41 : Relations entre diagnostic éducatif et séances éducatives, pour chaque patient (n = 43)

L'enquêteur a géré seul ses interventions auprès du patient puisqu'un pharmacien ou un médecin n'a dû intervenir que dans respectivement 14% et 12% des cas.

2.3.4. Documents fournis aux patients

Nous avons proposé un document à emporter à 86% des patients. Un patient seulement l'a refusé, affirmant qu'il n'en avait aucune utilité. Six patients sur dix l'ont utilisé et intégré dans la prise en charge de leur traitement.

2.3.5. Supports pédagogiques utilisés au cours des séances

Avant de débiter la démarche de suivi éducatif, chaque étudiant a constitué une « banque » d'outils potentiels à distribuer au patient, inspirés de la littérature et adaptés à chacune des pathologies. Dans seulement 14% des cas, un support pédagogique a été ajouté alors qu'il n'était pas prévu initialement, un enquêteur ayant notamment adapté cet outil à un usage pédiatrique. Dans moins de 10% des cas, aucun support n'a été utilisé lors d'une éducation patient, ce qui confirme la place centrale de ce type d'outils dans la démarche.

Plus particulièrement, le *tri de boîtes* de médicaments s'est avéré efficace pour déterminer le niveau de connaissance du traitement (Figure 42). En effet, près de 70% des patients ont suffisamment pu distinguer leur traitement et leur rôle. Un quart reconnaît le conditionnement externe seulement et 6% ont commis une erreur sur le choix des boîtes.

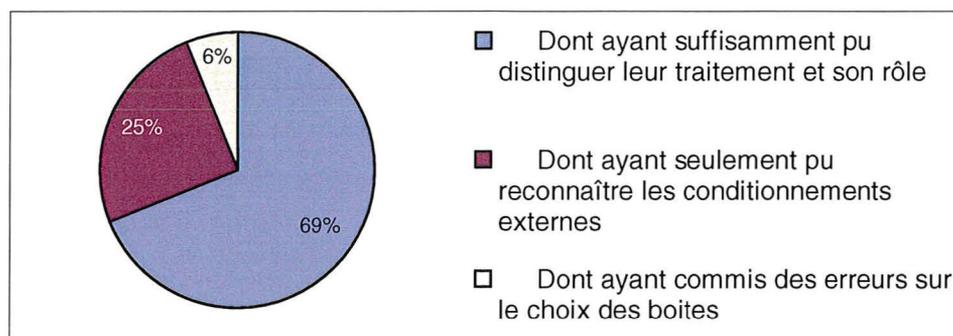


Figure 42 : Les patients face au tri de boîtes de médicaments (n = 43)

2.4. Le ressenti des différents acteurs

2.4.1. Recueil de la satisfaction globale des participants

2.4.1.1. Mesure de la satisfaction des patients

Cette démarche éducative n'a pas eu beaucoup d'impact sur le fait que les patients parlaient plus de leur(s) maladie(s) à leurs proches ou qu'ils communiquaient plus au sujet de leur traitement (un patient sur trois) ; par contre, elle a permis à près de 60% d'entre eux d'accéder à un sentiment de meilleure gestion de leur traitement (Figure 43). Un patient sur deux a noté des changements pour sa santé, 79% referaient appel à cette méthode pour une autre pathologie, 95% conseilleraient ce mode d'échanges à un proche. Au total, 95% des patients étaient satisfaits à très satisfaits par ce suivi (Figure 44). Enfin, 1 seul patient a déclaré n'avoir pas apprécié quelque chose au cours des séances ; il s'agissait du manque de confidentialité de la zone d'accueil.

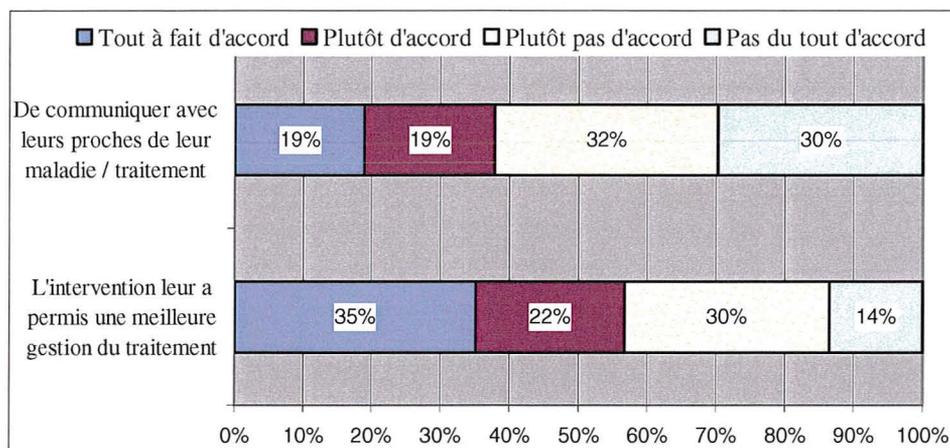


Figure 43 : Avis des patients sur la démarche éducative (n = 39)

« Ces séances vous ont-elles permis de communiquer avec vos proches de votre maladie et/ou de votre traitement ? »
 « L'intervention vous a-t-elle permis une meilleure gestion de votre traitement (plan de prise, surveillance biologique, ... ? »

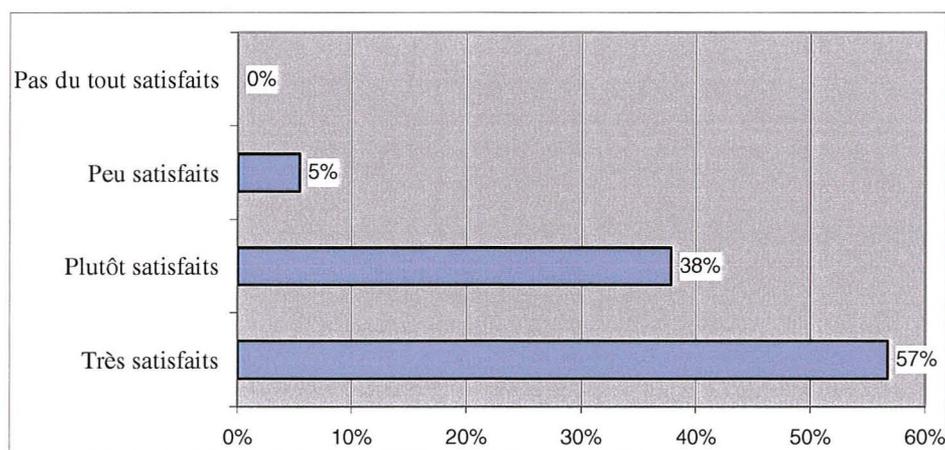


Figure 44 : Avis global des patients sur la démarche d'éducation thérapeutique (n = 39)

« Quelle est votre appréciation globale sur ce suivi ? Etes-vous ... »

2.4.1.2. Recueil du point de vue des professionnels de santé

Pharmacien titulaire

60% des titulaires ont estimé avoir aidé l'étudiant dans son projet. Aucun n'a estimé que ce type d'intervention ait perturbé l'organisation de l'officine. 60% ont pensé que cette activité pouvait aisément se mettre en place au sein de leur officine mais qu'une formation était nécessaire pour développer ce type de service.

Résultats

Trois titulaires ont pensé que leurs patients étaient très satisfaits par cette démarche, et les deux autres ont jugé qu'ils semblaient plutôt satisfaits. Aucun d'entre eux n'a estimé que la répercussion de ces séances sur leurs relations avec les patients concernés était négative (quatre l'estimaient positive et le dernier ne pouvait l'évaluer). De même, le rapport bénéfice / temps consacré était estimé comme suffisant par les deux seuls titulaires étant parvenu à l'évaluer.

Médecin

Beaucoup des médecins ont encouragé ce type d'intervention. On a dénombré 1 médecin (soit 4%) ayant exprimé un mécontentement au sujet de la démarche : il estimait effectuer l'éducation thérapeutique nécessaire auprès de son patient. Au final, la majorité des médecins concernés par cette étude étaient favorables à ce projet d'éducation thérapeutique à l'officine.

Etudiant enquêteur

L'appréciation globale était positive car les 5 étudiantes étaient satisfaites par la démarche.

L'ensemble des enquêteurs comprenait mieux les problèmes rencontrés par les patients, après cette étude. Des difficultés ont été rencontrées sur un plan moral, relationnel ou matériel (rendez-vous manqués, faire face à un patient en situation difficile à gérer, ...). L'ensemble des enquêteurs pensait qu'une formation était fondamentale pour effectuer ces séances de suivi éducatif. Trois d'entre eux estimaient tout de même qu'un soutien psychologique pour l'éducateur pourrait être nécessaire dans certains cas (patient dépressif par exemple).

Le rapport bénéfice / temps consacré était estimé différemment : deux enquêteurs le trouvaient « suffisant », un l'estimait « faible » et deux le jugeaient « difficilement évaluable ».

2.4.2. Relationnel entre les différents acteurs de la démarche

Les refus ou mécontentements au sujet des notes écrites ou interventions verbales de l'enquêteur étaient rares (1 patient) comme l'illustre la Figure 45. Le patient n'exprimait aucun sentiment au sujet d'éventuelles notes prises pour compléter le dossier patient et le suivi des objectifs thérapeutiques (93% des cas) alors qu'il émettait une satisfaction grâce à la considération que lui procuraient les interventions verbales de l'enquêteur (60%).

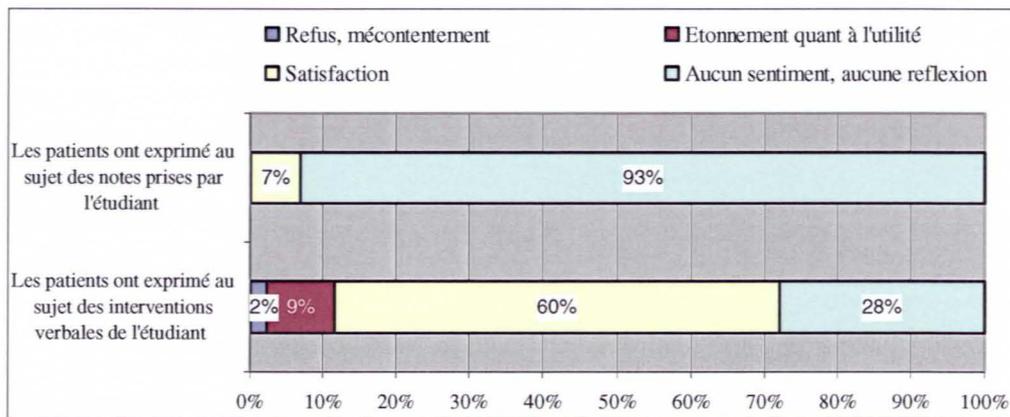


Figure 45 : Réaction du patient face à l'intervention de l'éducateur (n = 43)

Suite au suivi éducatif, 9% des patients ont été orientés vers d'autres professionnels de santé. Nous avons informé 26% des patients de l'existence d'un réseau spécialisé et 27% d'entre eux ont pu intégrer cette structure depuis notre intervention.

Dans la majorité des cas, l'étudiant a eu le sentiment d'avoir pris en compte en totalité les particularités du patient (88%) et d'avoir abordé tout ce qui préoccupait le patient (Figure 46).

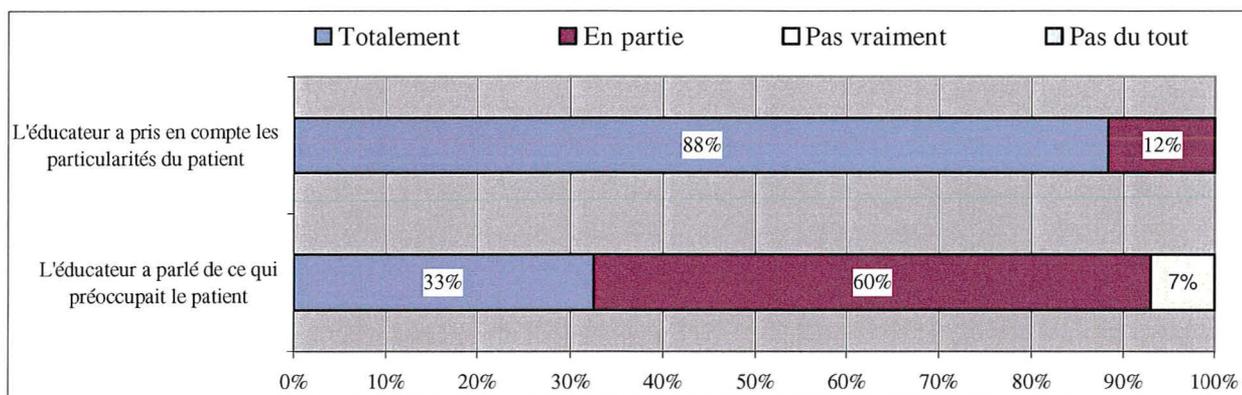


Figure 46 : Ressenti de l'éducateur concernant la manière d'aborder les 43 patients

L'avis des patients va dans le même sens (Figure 47).

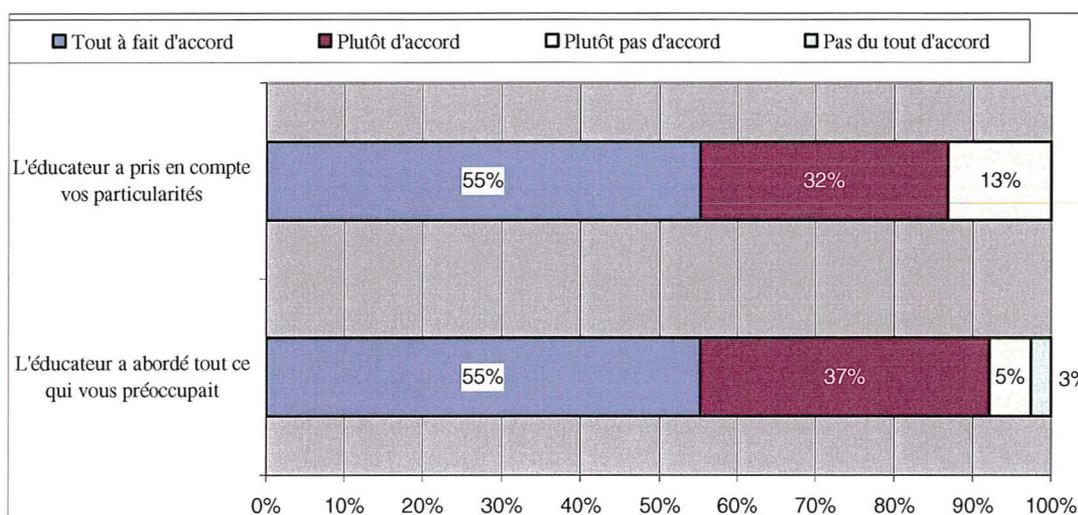


Figure 47 : Avis des 43 patients sur l'intervention de l'éducateur au cours des séances

« Au cours de ces rencontres, a-t-on pris en compte vos habitudes de vie ? »

« Avez-vous pu parler de tout ce qui vous préoccupait ? »

Dans seulement 5% des cas, un rapport final verbal a été communiqué au médecin entourant le patient et concerné par la pathologie de l'étude. L'éducateur « de la migraine » a écrit une synthèse des séances qui a été communiquée au médecin.

Seulement 1 patient sur 5 a parlé de l'étude à son médecin (soit 9 patients). Peu de médecins ont donc pu décrire la répercussion des séances sur leurs patients.

Un patient sur quatre a remarqué des changements dans leur relation avec le pharmacien ou avec le médecin.

2.5. Impact économique de la démarche

La notion de service payant n'a été abordée que par 2% des patients. 3 titulaires sur 5 estimaient que ce service devrait être rémunéré.

Nous avons calculé le coût moyen global par patient (coût horaire réel pour un pharmacien adjoint fixé à 23,06€ au coefficient 500, bulletin de salaire Octobre 2006) : nous comptons 124 minutes (2,1 heures) en moyenne par patient sur les 6 mois d'étude ; nous doublons ce temps pour prendre en compte le temps de préparations des séances (ce doublement est effectué dans le cadre du programme Educ'AVK). Ainsi, nous aboutissons à un coût moyen global par patient qui s'élève à 95,62€.

DISCUSSION

La démarche réalisée de janvier à juin 2006 a pour but d'évaluer la faisabilité actuelle d'un suivi éducatif à l'officine. Dans notre analyse monographique, la détermination des limites et des possibilités à concrétiser dans ce domaine s'effectue de manière structurée, sur base d'un référentiel d'évaluation (ressenti des patients, opinion des professionnels de santé concernés, retour d'expérience de l'éducateur). Dans une première partie, nous présentons les limites de ce travail. Dans une seconde partie, nous discutons les résultats obtenus pour dans une troisième partie, proposer des perspectives d'intégration de la démarche de suivi éducatif à l'organisation officinale.

1. Les biais méthodologiques inhérents à l'étude

Nous analysons ici le processus éducatif développé (sélection des patients, choix de la démarche et des supports...) puis la méthode d'évaluation de la démarche.

1.1. Biais de sélection des patients

Le nombre de patients engagés dans l'étude est de 43, échantillon imposé par la courte période d'inclusion et le choix méthodologique sous-tendant ce travail pilote, à savoir une approche monographique.

Les abandons et refus de participer sont discutés aux points 2.2.1.3 et 2.2.1.4.

Cette démarche pilote favorise la rencontre de personnes volontaires et disposant de temps. L'échantillon est constitué principalement de patients fidélisés, plus faciles à contacter. Ne sont pas incluses les personnes de passage, ou celles se présentant plus rarement à l'officine. La population active est peu représentée (10 patients sur 43).

Quand le titulaire a choisi les patients, il a pu sélectionner des patients ouverts au dialogue, avec un niveau de compréhension suffisant : le suivi éducatif en est a priori facilité dès la sélection du patient.

1.2. Biais liés au lieu d'étude

Nous avons tenté d'établir les critères de faisabilité quelque soit la pathologie concernée et l'organisation officinale dans laquelle s'est effectué le suivi éducatif, afin de rendre la démarche réalisable en toute situation. Cependant, nous étions dans 5 officines différentes, avec une équipe, une pratique et une clientèle différente. Ainsi, chaque expérience vécue a été différente.

Aucune officine ne se situait dans un milieu rural, donc nous n'avons pas pu évaluer la faisabilité de la démarche dans ce type d'officine à organisation différente (acteurs de santé dans un secteur géographique étendu, pratique officinale plus intégrée, liens plus rapprochés avec les patients...).

1.3. Biais liés à la technique d'entretien semi-directif

L'enquêteur peut influencer le patient par ses propres opinions¹⁷⁶. L'enquêté peut également modifier son discours de façon à se conformer aux idées supposées de l'enquêteur¹⁷⁷. Ce biais est difficilement mesurable dans notre étude car c'est une notion subjective qui dépend de la personnalité de chaque patient. Pour minimiser ce biais, l'enquêteur doit être ni trop proche, ni trop distant, pour que le patient puisse s'exprimer librement et de façon précise sur le sujet.

La place de l'enquêteur peut influencer ce type d'entretien : notre propre façon de le mener a-t-elle été efficace, n'induisions-nous pas les réponses, avons-nous respecté une neutralité maximale ?

Le patient peut discuter de façon superficielle sur un thème donné soit en affirmant des propos d'ordre très général, soit en dissertant sur le thème¹⁷⁸. Pour pallier à ce biais, nous avons fixé une liste des thèmes à aborder lors des séances et les objectifs thérapeutiques issus du diagnostic éducatif étaient clairement définis et négociés avec le patient avant chaque séance éducative.

Au final, c'est l'expérience de ce type d'entretien qui permet d'affiner la technique face au patient.

Enfin, la technique d'entretien sélectionnée oblige une retranscription des dires du patient : cette retranscription s'est effectuée après l'entretien avec le patient. Un biais de mémorisation peut aussi fausser la retranscription.

1.4. Biais liés au statut « étudiant » de l'enquêteur

L'étudiant en stage de pratique professionnelle, nouvel arrivé dans l'équipe officinale, est inconnu pour les patients dans la majorité des cas. De plus, l'enquêteur s'est présenté comme un étudiant en 6^{ème} année de Pharmacie préparant sa thèse d'exercice pour être pharmacien. Cette méconnaissance, associée à une faible expérience des techniques d'éducation et d'entretien, peut amener une certaine méfiance de la part du patient.

Chaque éducateur a choisi une attitude différente dans la manière de procéder pour cette démarche. Une première attitude « programmée » proposait aux patients un nombre défini de séances et les objectifs à aborder et fixait des horaires précis de rendez-vous. La méthode était rigoureuse et permettait aux patients de se repérer dans la démarche. Une seconde attitude plus souple et personnalisée, s'adaptant à chaque étape, laissait au patient plus de liberté mais a abouti à une adhésion plus faible de sa part. Ces deux types d'attitudes ont pu provoquer une contradiction ou une divergence des résultats dans certains domaines, ou plus simplement une dualité dans l'évaluation de certains critères de faisabilité. De façon plus large encore, la diversité des cinq retours d'expérience enrichit l'évaluation de la faisabilité et prouve qu'il peut être délicat de formaliser cette démarche de suivi éducatif.

1.5. Biais liés au dossier patient élaboré

Il aurait été intéressant d'ajouter au dossier patient (dans l'item « historique médicamenteux ») une rubrique concernant l'iatrogénie, afin de connaître le nombre de patients ayant déjà été hospitalisés pour effets indésirables graves liés aux médicaments. Sans tenter d'en mesurer l'impact sur la santé des patients, cela aurait permis de justifier de façon plus précise la démarche en tant que relais entre la prescription habituelle pour le patient et l'ordonnance de sortie de l'hôpital après événement iatrogène. Les statistiques françaises, nous l'avons détaillé en partie bibliographique, mettent en lumière un nombre important d'accidents iatrogènes au sein des structures hospitalières.

1.6. Biais liés aux hospitalisations et décès des patients pendant

l'étude

L'hospitalisation des patients pendant la période d'étude a eu des répercussions sur l'organisation des séances et sur la programmation des objectifs fixés. Un des patients insuffisant cardiaque a été hospitalisé au cours de la période de suivi éducatif pour des calculs biliaires. Une forte chute de tension a conduit le médecin à changer son traitement momentanément. Préoccupé par cette modification, le patient a émis le souhait lors de la séance suivante de parler essentiellement de ce nouveau traitement car il avait besoin d'être rassuré et voulait obtenir des informations sur les raisons de ce changement. Lorsque la cause d'hospitalisation était différente de la pathologie d'inclusion, l'enquêteur a été amené à aborder des thèmes non préparés à l'avance pour apporter les informations nécessaires à la nouvelle situation du patient.

L'hospitalisation ou décès pendant la démarche a également perturbé l'évaluation de la démarche car deux questionnaires n'ont pu être remplis pour ces raisons. Un patient insuffisant cardiaque est décédé en cours d'étude (suite à un infarctus du myocarde). Il avait bénéficié d'un diagnostic éducatif et d'une séance éducative. Et un second patient, sous anticoagulants oraux, a été hospitalisé au milieu de la période de 6 mois, donc la seconde séance programmée a dû être annulée, et a été hospitalisé de nouveau à la fin de l'étude donc le questionnaire ne lui a pas été proposé. Les hospitalisations n'étaient pas en rapport avec la prise d'anticoagulant, et n'ont pas modifié le traitement.

1.7. Biais liés aux questionnaires d'évaluation patient

Nous n'avons pas exécuté de pré-test des questionnaires. Ceci aurait été enrichissant car nous aurions vu que certaines questions étaient inexploitable et que le questionnaire était trop long. Le nombre de questions doit être inférieur à 20 pour éviter un effet de lassitude, à l'origine de réponses peu fiables⁹⁰. Par conséquent, les patients se sont lassés et, au bout d'un certain temps, répondaient hâtivement.

Nous avons respecté à 85% la façon optimale de remplir les questionnaires patient : par téléphone avec croisement d'interlocuteurs (Figure 48). 88% des patients ont pu être joints pour répondre au questionnaire.

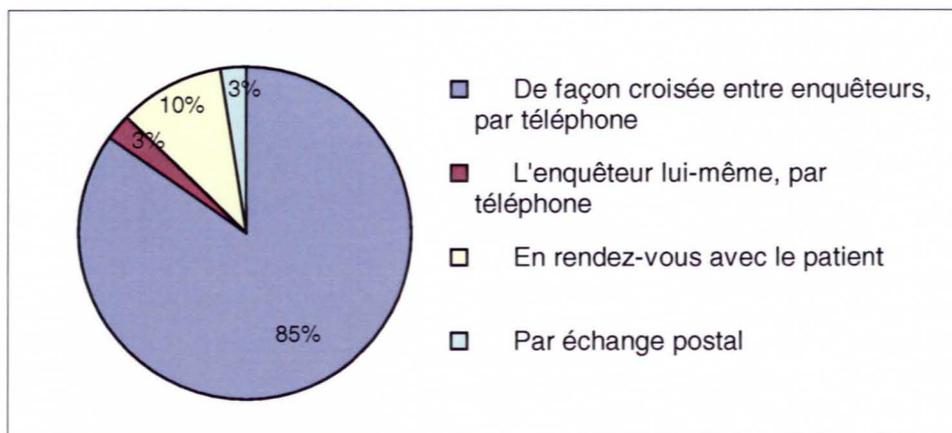


Figure 48 : Techniques de remplissage des questionnaires patients (n = 39)

Les questionnaires ont été remplis à la fin de la période d'étude, or certains patients avaient rencontré l'enquêteur longtemps auparavant. Peut-être la mémoire des détails de ces séances en était moins précise, même si l'évaluation faite à distance des séquences d'éducation a l'avantage de laisser aux patients le temps de la réflexion pour mieux souligner les points forts et les faiblesses de l'éducation⁹⁰. En outre, téléphoner chez le patient créait un risque de le déranger ou de faire appel à sa mémoire dans un contexte différent de celui concernant les séances éducatives. Malgré le croisement d'interlocuteurs lors de ces appels téléphoniques, certains patients répondaient plus courtoisement qu'objectivement.

Ainsi, nous avons constaté une discordance entre les propos recueillis lors des questionnaires patients et la réalité estimée par l'enquêteur. Par exemple certains patients ont affirmé n'avoir reçu aucun agenda de la migraine, n'avoir vu aucun outil éducatif au cours des séances ; d'autres ont donné une définition erronée de l'asthme ou d'un INR supérieur à 5 ; d'autres encore ont sous-évalué la durée et le nombre des séances. Cette discordance est à prendre en considération dans l'évaluation du ressenti des patients.

2. La faisabilité de l'étude

2.1. Profil des inclusions

2.1.1. Profil des patients

Certains facteurs liés aux patients sont à prendre en considération pour évaluer la démarche.

2.1.1.1. Âge

L'échantillon de la population de l'étude n'est pas représentatif de la population française telle que l'INSEE l'a décrite provisoirement en janvier 2006. En effet, plus de la moitié de la population étudiée est âgée de plus de 60 ans, alors que l'INSEE dénombre 20,9% de français dans cette tranche d'âge¹⁷⁹. De même, notre population de moins de vingt ans est beaucoup moins nombreuse que celle décrite par l'INSEE étant donné que nous avons recruté des patients atteints de pathologies chroniques, affectant majoritairement les personnes plus âgées. Selon les données de l'INSEE, la population de moins de 44 ans est affectée par autant de maladies chroniques que de maladies aiguës, alors que chez les personnes de plus de 60 ans, on dénombre deux fois plus de maladies chroniques que de maladies aiguës. Plus précisément, 2 à 3 maladies chroniques en moyenne sont déclarées chez les personnes âgées de plus de 60 ans¹⁸⁰ (Annexe 19). Dans la tranche d'âge des plus de 75 ans, plus de 95 % de la population prend des médicaments (5 à 6 en moyenne par jour chez les personnes de plus de 75 ans)¹⁸¹ (Annexe 20).

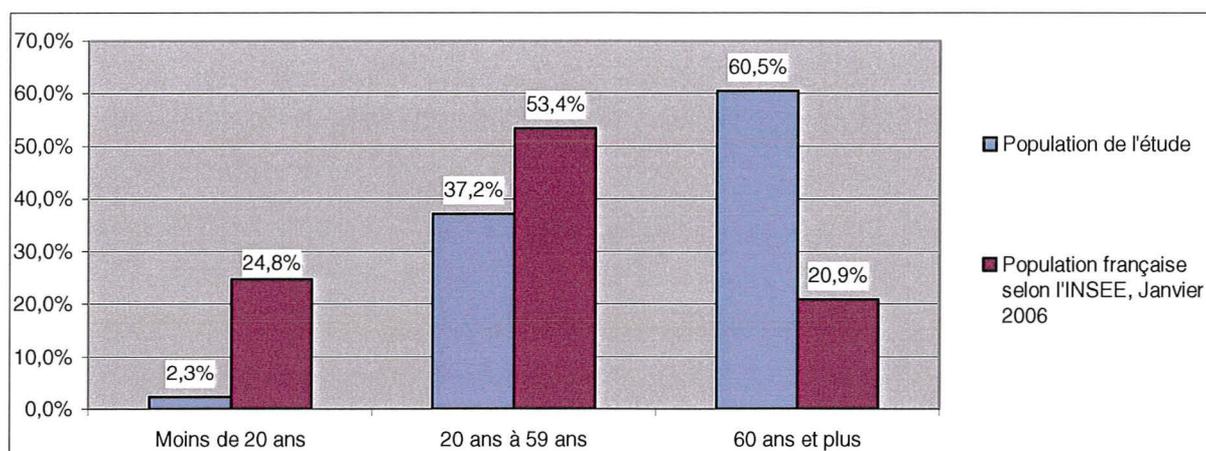


Figure 49 : Comparaison de la répartition de notre population d'étude (n = 43) par tranches d'âge, avec celle de la population française recensée par l'INSEE, Janvier 2006¹⁷⁹

La maladie frappant à tout âge, il est essentiel que l'éducation thérapeutique soit accessible à tous et qu'elle puisse s'adapter aux capacités de compréhension de chacun. Il a été nécessaire dans notre démarche d'éducation, dont l'âge moyen de la population était de 63 ans, de s'adapter majoritairement aux personnes âgées. Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 16% de la population française, et environ 40% de la consommation de médicaments en ville¹⁸². Les effets indésirables médicamenteux sont deux fois plus fréquents en moyenne après 65 ans, 10 à 20% de ces effets indésirables conduisent à une hospitalisation¹² Parallèlement, il est important d'éduquer les enfants à leur maladie ; cette expérience a pu être réalisée dans le cadre de l'asthme, où des outils adaptés ont été réalisés à cette occasion.

Enfants, personnes actives et personnes âgées ont tous été réceptifs aux informations données par l'éducateur à condition que celui-ci sache s'adapter au profil de chacun.

2.1.1.2. Sexe

Le sexe ne semble pas avoir eu de répercussion à l'égard de l'acceptation de l'étude par le patient, ni à son adhésion aux conseils prodigués. Cela n'a pas influencé non plus l'attitude à adopter par l'enquêteur lors des séances éducatives, en dehors des relations humaines entre personnes de même sexe ou de sexe opposé.

2.1.1.3. Nationalité et culture

La nationalité du patient constitue également un élément important à prendre en compte. La barrière de la langue représente un handicap certain pour certaines personnes, qui ont eu plus de mal à assimiler les messages et à poser les questions qui les préoccupaient. Nous avons pu le constater dans le cas de l'insuffisance cardiaque notamment, où un immigré espagnol, très réservé au comptoir et au cours du diagnostic éducatif, s'est réellement impliqué lors des séances d'éducation en participant activement au dialogue. La discussion s'est déroulée en espagnol. Le patient se sentait en confiance et savait que la séance lui était consacrée.

De même, l'éducateur de santé doit faire face aux habitudes culturelles du patient. Il a été délicat d'aborder le thème de l'alimentation avec un patient sous anticoagulant oral d'origine alsacienne. En effet, ce patient avait une alimentation excessive, notamment en aliments à base de choux. Lui conseiller de réduire et d'équilibrer ses apports en choux, riches en vitamine K, lui est apparu comme un sacrifice.

2.1.1.4. Langage et niveau de compréhension

Pour informer et éduquer, l'éducateur doit absolument adapter son langage au niveau de compréhension de son interlocuteur. Cela nous a paru difficile car il ne faut ni surestimer ni sous-estimer la personne. Dans les deux circonstances, les conséquences peuvent être délicates : dans le premier cas le patient n'ose pas dire qu'il ne comprend pas, et dans l'autre le patient sous estimé se sent rabaissé. Dans le cadre de la migraine, l'éducation a été réalisée auprès d'une dentiste et d'une institutrice : les termes employés ont été difficiles à choisir puisque l'une connaissait les termes médicaux et l'autre connaissait les techniques d'éducation. L'enquêteur a choisi d'utiliser dans un premier temps des termes techniques, puis a adapté son discours en repérant les signes d'incompréhension du patient (expressions du visage, remarques). Cette expérience souligne l'importance de la formation et de l'expérience de terrain en matière de communication.

2.1.1.5. Catégorie socioprofessionnelle

Dans l'ensemble, les patients retraités se sont montrés plus disponibles au quotidien que les actifs. En effet, la prise de rendez-vous pharmaceutiques aux heures creuses de l'activité officinale a été plus aisée chez la population âgée, alors qu'elle a posé davantage de problèmes chez les actifs n'étant disponibles qu'en fin de journée. Cependant, notre étude révèle que les patients intéressés et motivés, quel que soit leur activité et leur âge, font l'effort de se rendre aux séances programmées. Ainsi, dans le cadre de la migraine, où la moyenne d'âge est de 44 ans, les actifs étaient intéressés et, malgré leur manque de temps, trouvaient des disponibilités pour assister aux séances de suivi éducatif. Ceci pose le problème de la programmation des séances dans la routine officinale que nous rediscuterons dans l'organisation temporelle de la démarche.

2.1.1.6. Contexte médical et thérapeutique du patient

Comme les patients inclus se présentent au moins 1 fois par mois à l'officine, il nous a été plus simple de les rencontrer fréquemment. Nous leur avons proposé de les revoir lors du renouvellement de leur ordonnance.

Il nous a semblé que les patients polypathologiques (67%) et polymédiqués (77%) ont eu plus besoin de ce suivi. La polymédication induite par la polypathologie (Annexe 21) est en effet une source de risque iatrogène¹⁸⁰. Les risques liés à la polymédication sont un fait avéré, notamment chez les personnes âgées : pour preuve les accidents médicamenteux sont en moyenne deux fois plus fréquents chez les plus de 65 ans que dans le reste de la population¹⁸¹. La négociation d'un plan de prise avec le patient a été fondamentale: c'était l'occasion d'aborder d'autres pathologies que celle sélectionnée dans l'étude, notamment pour le travail qui ciblait initialement sur les AVK.

Les patients inclus sont suivis médicalement car ils ont pratiquement tous un médecin généraliste et un ou plusieurs spécialistes. Dans le cas de la migraine où le diagnostic s'avère difficile à poser, les patients sont dans 50% des cas suivis uniquement par un médecin généraliste.

Certains patients, par le biais de réseaux de soins, d'hôpital de jour ou d'autres professionnels de santé, ont déjà suivi une éducation. L'éducateur doit dans ce cas être

particulièrement pertinent dans son analyse des besoins du patient, pour pouvoir lui apporter un « plus » ; il doit alors être convaincant pour motiver le patient à adhérer à la démarche car ce dernier pense déjà tout avoir entendu et acquis. Les propos de l'éducateur doivent surtout être congruents avec ce qui a déjà été fait et raconté, d'où l'intérêt de se mettre en réseau. Dans le cadre de l'insuffisance cardiaque, une des patiente venait de suivre une série de séances d'éducation organisées une fois par mois à l'hôpital, en groupe de trois ou quatre personnes. La séance de suivi éducatif réalisée à domicile par l'enquêteur à la suite du diagnostic éducatif a été l'occasion de remémorer avec elle ce qu'elle avait retenue des séances d'éducation à l'hôpital. Ce rappel de connaissances est essentiel car elle met en valeur les acquis du patient, qui se sent alors d'emblée plus impliqué dans la séance.

2.1.1.7. Acceptation de la pathologie / du traitement

Les patients ayant choisi de participer à l'étude acceptent de façon globale leur pathologie et leur traitement selon le diagnostic éducatif établi par l'éducateur. Cependant, c'est une notion très subjective qui a été difficile à évaluer.

Le soignant doit pouvoir identifier le stade du processus d'acceptation de la maladie où se situe le patient au moment de l'identification des besoins éducatifs et tout au long du suivi⁹⁵. Ce critère d'acceptation de la maladie / du traitement a un impact sur l'éducation du patient. La motivation à apprendre dépend en grande partie du degré d'acceptation de la maladie et de la façon dont ils se représentent leur affection et leur traitement¹⁸³. Ceci s'est surtout révélé lorsque les patients acceptaient mal leur pathologie / leur traitement. Un de nos patients, en déni de sa maladie, a refusé les séances de suivi éducatif. Le déni de la maladie entrave considérablement le suivi et donc l'éducation⁹⁵. Un autre patient, qui paraissait résigné, a accepté les séances de la même façon qu'il acceptait sa maladie et son traitement. Dans le cas de l'insuffisance cardiaque, un des patients, résigné et déprimé, acceptait probablement les séances plus pour se distraire que pour sa santé. Il ne participait pas activement aux séances mais plutôt les subissait. Dans ces trois cas, le suivi éducatif était dur à mettre en place et ne nous a pas paru optimal.

Parallèlement, la rencontre a été un moyen d'apporter des réponses au patient pour qu'il accepte mieux sa maladie. Un patient asthmatique, déclarant clairement ne pas accepter

sa maladie et espérant « *qu'un coup de baguette magique* » la fasse disparaître, participait quant à lui de manière active aux séances.

2.1.2. Profil des officines

La variabilité des officines en milieu urbain et semi-urbain (taux de fidélisation variable) n'a pas eu d'impact sur la démarche puisque nous recrutons des patients fidélisés. Cependant, dans le cas de l'officine se situant en centre commercial (taux fidélisation de 20% environ), les premiers patients fidélisés ont été recrutés aisément grâce à l'aide du titulaire, mais par la suite, la forte proportion de « clients » de passage fréquentant l'officine de façon ponctuelle s'est avéré être un frein au recrutement.

L'importance de l'équipe officinale n'a pas influencé notre étude, les pharmaciens volontaires sont intervenus lors du recrutement selon leurs disponibilités.

2.1.3. Profil des médecins entourant les patients

Les médecins ont été informés de ce projet de différentes manières selon les enquêteurs : au début ou en cours d'étude, avec la lettre d'information soutenue ou non d'un entretien verbal (téléphonique ou direct) et d'un rappel effectué ou non en fin d'étude pour retourner le questionnaire rempli.

Nous n'avons pas fait intervenir les médecins dans l'évaluation des critères de faisabilité de la démarche, donc nous ne déterminerons pas de profil dans cette partie. En revanche, nous avons attaché de l'importance à leur opinion quant à ce type d'intervention pharmaceutique.

2.1.4. Profil des enquêteurs

Durant ses études de pharmacie et l'année hospitalo-universitaire, l'étudiant est sensibilisé à l'éducation thérapeutique au moyen de cours de communication (30 heures) et de formation éducative à l'hôpital (semaine de formation à l'éducation du patient diabétique de type II, éducation de l'insuffisant cardiaque en hôpital de jour, éducation AVK à l'hôpital).

Les cinq enquêteurs sont tous des étudiants ayant déjà travaillé au comptoir d'une officine. Cette expérience professionnelle leur a permis d'acquérir une certaine approche du patient et de déterminer les notions essentielles à lui transmettre. De plus, l'enseignement grenoblois de la pharmacie clinique sensibilise les étudiants à placer le patient au centre de leur future pratique professionnelle.

Une formation plus avancée aux techniques de communication et d'éducation serait souhaitable pour ce type de suivi. En effet, il est important de savoir préformuler les questions afin d'éviter que le patient se sente interrogé, tout en recentrant la discussion avec celui qui aurait tendance à trop parler de sa vie personnelle et de son entourage au lieu des thèmes fixés. Nous avons pu le constater dans le cas de l'insuffisance cardiaque et du diabète de type II où deux patientes avaient beaucoup de mal à parler d'elles-mêmes car elles étaient préoccupées par l'état de santé de leurs enfants atteints d'un cancer. Ces situations ont rallongé la durée des séances mais parallèlement l'écoute de ces patientes a permis de tisser un lien de confiance entre elles et les enquêteurs.

2.2. Evaluation des critères de faisabilité d'un suivi éducatif à l'officine

2.2.1. Pertinence de l'information apportée aux acteurs au sujet de la démarche

Dans un premier temps, il a été nécessaire de repérer les patients ayant besoin de ce type de démarche. Puis nous les avons informé et recruté sur l'étude. Enfin, ils ont accepté ou non de participer à la démarche.

2.2.1.1. Information des différents acteurs

Acceptabilité des patients d'entrer dans le dispositif

L'acceptabilité de l'étude n'a pas toujours été directe. Pour certains patients, elle a nécessité un délai de réflexion plus ou moins important après un supplément

d'informations concernant l'étude. Il a été nécessaire de respecter le cheminement des patients réticents, en les informant plus amplement, en leur expliquant l'intérêt de cette démarche. Dans le cadre de la migraine, une patiente timide, s'automédicant avec des antalgiques, a refusé d'emblée l'étude sans justification particulière. Au fil des visites à la pharmacie, elle s'ouvrait un peu plus au comptoir et les discussions permettaient de lui faire passer quelques informations sur la migraine, démontrant l'intérêt d'une intervention personnalisée. Courant mai 2006, elle est allée consulter pour ses migraines et un traitement adapté lui a été prescrit. A ce jour, son automédication par les antalgiques est interrompue.

Le patient fidélisé à l'officine était en rapport de confiance avec son pharmacien et a plus facilement accepté la démarche par courtoisie que par réel intérêt. Certains même se sont sentis redevables lorsque c'était le titulaire qui leur proposait de participer.

Le patient volontaire doit se sentir impliqué dans sa maladie et libre dans son choix d'accepter de participer : une éducation thérapeutique contrainte est vouée à l'échec. Nous avons constaté que les patients sous AVK sont très demandeurs d'un bilan d'information car ils sont sensibilisés à une certaine dangerosité du traitement et accumulent les sources diverses d'informations. Dans ce cas, l'acceptabilité était souvent immédiate.

Les raisons d'acceptation ont pu être déterminées : confiance accordée à leur titulaire, curiosité / intérêt, contribution à faire avancer la recherche, occasion de parler plus longuement à un pharmacien d'un sujet personnel. L'item « Autre motif » sélectionné par la moitié des patients correspondait surtout à « *faire plaisir à l'étudiant, l'aider dans son projet de thèse* ».

Taux de réponse des médecins

Nous avons obtenu un taux de réponse suffisant pour évaluer un avis global des médecins (28 médecins sur 33). Une discussion avec les médecins volontaires a été réalisée par l'ensemble des enquêteurs.

2.2.1.2. Recrutement des patients

Le recrutement a pu être réalisé d'une part par l'équipe officinale connaissant les patients fidélisés pouvant être intéressés. D'autre part, le recrutement par l'étudiant a souvent nécessité la présentation de l'étude et de l'étudiant par un membre de l'équipe auprès du patient. Le stagiaire n'a pas toujours été perçu comme un professionnel de santé équivalent au pharmacien car les patients ne le connaissaient pas forcément et se méfient, en règle générale, des « débutants ». Le titulaire et l'équipe officinale ont parfois eu plus de crédibilité face au patient. Leur intervention a fréquemment permis de faciliter le recrutement et de rassurer le patient.

La lettre d'information a appuyé la demande orale de participation du patient en officialisant l'étude (avec l'en-tête de l'Université Joseph Fourier UJF) et a permis au patient de connaître le nom de son interlocuteur.

Idéalement, la sélection devrait se faire par le médecin, connaissant les besoins du patient (inobservance, ordonnance supérieure à huit lignes, problèmes rencontrés par le patient...). Il n'est pas toujours évident, à partir d'un simple historique médicamenteux, de définir la pathologie, notamment pour les nombreuses pathologies cardiovasculaires et la migraine. C'est pour ces précisions d'informations et pour une cohésion des messages diffusés par les différents intervenants de la prise en charge du patient.

Le recrutement a eu de l'importance dans notre étude pour la mise en place de la démarche, mais n'a eu aucun impact pratique concernant la faisabilité d'un suivi éducatif à l'officine.

2.2.1.3. Refus

On dénombre 6 patients ayant directement refusé et 15 refus avec justification de la raison. Les principales causes de refus qui ont été énoncées par le patient ou supposées par l'enquêteur le cas échéant sont énumérées ci-dessous :

- Dénis de la maladie (4 patients). Le patient peut en être conscient ou non. Il est alors difficile de proposer une éducation alors que le patient ne sait pas (ou ne veut pas) admettre qu'il est malade. Le cas s'est présenté dans l'insuffisance cardiaque, où le patient préoccupé par son diabète était inconscient de sa pathologie cardiaque et ne voyait pas l'intérêt de participer à une éducation patient dans le cadre de son insuffisance cardiaque. Ce refus relance également l'idée qu'une éducation patient, surtout chez un patient polyopathologique, ne peut se résumer à une seule pathologie chronique mais doit concerner l'ensemble des pathologies.
- Le patient dit maîtriser suffisamment son traitement (3 patients). Deux cas de figures se dessinent : soit le patient gère de façon optimale son traitement, soit ça n'est pas le cas. Le pharmacien peut difficilement aller à l'encontre de la volonté du patient. Il peut éventuellement relever les indices lui permettant de conclure à une mauvaise gestion du traitement et proposer au patient des solutions au comptoir.
- Refus car la prise en charge existante a été jugée suffisante par 1 patient (équipe soignante, réseau de santé, traitement efficace).
- Refus à cause de contraintes organisationnelles (manque de temps, refus de se déplacer à la pharmacie) pour 6 patients.
- Refus par réticence envers l'enquêteur (étudiant jeune, nouvellement arrivé à la pharmacie) pour 1 patient.

Enfin, certains refus ont été catégoriques, sans justification. Pour certains patients, il devait s'agir de crainte ou de timidité. Pour d'autres encore, parler de la maladie et du traitement reste du ressort de leur médecin. Nous avons constaté que les refus étaient plus nombreux lorsque c'était l'étudiant qui recrutait plutôt que le titulaire ou un pharmacien de l'équipe. Dans le cas où ce dernier connaîtrait un souci de recrutement (refus de la part des patients), on peut envisager l'intérêt d'une demande de suivi éducatif par le médecin.

2.2.1.4. Abandons en cours d'étude

Neuf patients ont abandonné en cours d'étude en ne se présentant pas aux rendez-vous fixés avec l'étudiant, ou en ne cherchant pas à en fixer un suivant. La première cause d'abandon a été le manque de temps de la part des patients. La période d'étude de six mois a été trop brève pour rencontrer 3 des patients qui manquaient de temps. Cela a été le cas par

exemple d'une patiente insuffisante cardiaque qui avait abandonné en début d'étude suite au diagnostic éducatif, prétextant ne pas pouvoir fixer de rendez-vous à cause de ses occupations. Pourtant, lors d'un renouvellement d'ordonnance, dépassée par son traitement, elle a personnellement demandé à l'étudiant de lui rappeler le rôle de ses médicaments. Une séance informelle d'éducation patient a été alors réalisée au comptoir et un plan de prise adapté a été remis à la patiente. Elle a finalement réalisé qu'elle avait besoin d'informations sur son traitement au bout de 5 mois, une étude plus longue aurait permis d'approfondir la démarche d'éducation avec cette patiente.

La participation à un réseau spécialisé en parallèle a constitué une deuxième cause d'abandon pour 1 patient. Il s'agissait d'un patient membre du réseau insuffisance cardiaque ayant décidé d'abandonner l'étude car il pensait que ça ne serait que des redites des informations données par le réseau.

Enfin, après un accord commun, l'éducateur a proposé à un de ses patients d'interrompre le suivi éducatif. Après un diagnostic éducatif prolongé difficile à structurer, l'éducateur s'est rendu compte que la patiente n'était pas prête à ce suivi, d'autres soucis la préoccupaient.

Pour les 4 autres patients ayant abandonné, aucune justification n'a été fournie.

2.2.2. Organisation spatio-temporelle

2.2.2.1. Lieux de l'étude

Le lieu des rencontres est un élément primordial. Il doit mettre en confiance les patients, en créant une atmosphère propice à la confiance.

Un espace de confidentialité

Le pharmacien prévoit dans son officine un espace de confidentialité où il peut recevoir isolément les patients. Selon le Code de la santé publique fixant les conditions minimales d'installation, « *l'accueil et la dispensation doivent s'effectuer dans des conditions de confidentialité qui permettent la tenue d'une conversation à l'abri des tiers* » (CSP R. 5089-9). Cet espace est réputé adapté dès lors qu'il permet un dialogue entre le pharmacien et le patient en toute confidentialité¹⁸⁴. Dans la majorité des cas l'éducation s'est déroulée dans

la salle d'orthopédie, ou dans un bureau pourvu au minimum d'une table et de chaises. Le lieu de rencontre devait être calme, agréable, propice aux discussions et pourvu de matériel utilisable lors de l'éducation. Cet espace a effectivement pu être utilisé pour ce genre de rendez-vous mais pouvait être sollicité en même temps pour d'autres patients. A l'écart de l'activité officinale, le patient a été satisfait de se sentir écouté, il n'a plus eu l'appréhension de faire attendre les autres clients, il pouvait prendre le temps de parler et de poser les questions qui le préoccupaient.

Dans le cadre de la migraine et de l'asthme, l'éducation s'est déroulée dans une salle orthopédique isolée de la clientèle mais accessible par le personnel. Certaines fois, le patient s'est senti dérangé par la non confidentialité liée aux passages réguliers des membres de l'équipe officinale. Dans le cas de l'insuffisance cardiaque, une salle à l'étage a été utilisée pour les séances de suivi éducatif. Le patient se trouvait totalement isolé de l'activité officinale mais l'inconvénient fut les escaliers. La fatigue et l'essoufflement liés à leur maladie rendent le moindre effort insurmontable. Un bureau à l'arrière de l'officine pouvait être utilisé dans ces cas là mais la séance risquait d'être perturbée par l'activité officinale (téléphone, photocopieuse...). Par conséquent pour les patients insuffisants cardiaques très affaiblis physiquement, la séance à domicile a été privilégiée.

Au domicile du patient

Le domicile s'avère plus approprié pour certaines personnes âgées, pour les personnes se déplaçant difficilement, celles sortant d'une hospitalisation, les mères au foyer ou les personnes jugeant insuffisante la confidentialité à l'officine. Dans le cadre de l'insuffisance cardiaque, le rendez-vous pharmaceutique à domicile a été largement exploité. Plusieurs patients à un stade avancé de la maladie, âgés, fatigués et se déplaçant le moins possible, ont été très satisfaits des rencontres à domicile. Cela a permis de réaliser un suivi éducatif qui n'aurait probablement pas pu avoir lieu à l'officine. Cela a également été l'occasion de leur rendre service en livrant les médicaments.

Le rendez vous à domicile apporte donc des points positifs sur le plan éducatif. Dans le modèle québécois, le pharmacien peut effectuer une visite à domicile afin d'évaluer les difficultés rencontrées, de vérifier l'observance du patient et ainsi de réadapter la prise en

charge¹⁸⁵. Il est probable que les patients sont plus réceptifs à des conseils prodigués à leur domicile, parce que mieux adaptés à leur contexte⁹⁰.

Parmi les avantages, la visite à domicile a permis de découvrir la gestion de la maladie et de son traitement : utilisation de piluliers, retrait des médicaments périmés, rencontre de l'aide à domicile. Une relation particulière s'est établie entre son univers et un professionnel de santé sans signe extérieur de statut (blouse blanche). Cette situation a été perçue par certains patients comme une marque d'intérêt du professionnel de santé.

Parmi les inconvénients, le rendez-vous à domicile est apparu pour certains patients comme une atteinte à leur intimité, comme l'avait déjà souligné R. GAGNAYRE¹⁸⁶. Ils ont préféré se déplacer dans un cadre différent pour diverses raisons, parfois tout simplement pour sortir de leur quotidien (le renouvellement mensuel étant l'occasion de voir du monde) ou au contraire parce qu'ils ne voulaient pas dévoiler leur quotidien et leur univers personnel.

D'un point de vue pratique, les rendez-vous à domicile s'avèrent difficiles à mettre en place. Notre étude a mis en lumière que le temps imparti aux rendez-vous pharmaceutiques à domicile est plus long qu'un rendez-vous à l'officine (temps du déplacement, temps du rendez-vous qui parfois s'éloigne de l'éducation souhaitée...). De plus, le matériel d'éducation est à préparer pour tout avoir lors de la séance (historique médicamenteux à imprimer, supports pédagogiques, ...). Lors de l'étude, cette organisation a pu être organisée dans la mesure où l'enquêteur est stagiaire, donc sa présence au comptoir n'est pas fondamentale. Il est difficile à tenir, aux plans organisationnel et économique, pour une petite officine de quartier de demander à un pharmacien de se déplacer au domicile des patients pendant trois quart d'heures (durée moyenne évaluée des rendez-vous pharmaceutiques réalisés à domicile), sa présence à l'officine étant indispensable. En effet, l'exercice personnel auquel est tenu le pharmacien consiste pour celui-ci à exécuter lui-même les actes professionnels ou à en surveiller attentivement l'exécution s'il ne les accomplit pas lui-même (CSP Article R4235-13).

Le comptoir

Ce lieu de rencontre n'était pas inclus dans le protocole d'étude car nous pensions qu'un suivi éducatif nécessitait une zone confidentielle et spacieuse afin de travailler avec le dossier patient et les outils pédagogiques. Cependant, certains patients ont été revus au comptoir après la séance initiale de diagnostic éducatif. Grâce aux objectifs thérapeutiques fixés, l'enquêteur a pu apporter les éléments nécessaires à la gestion du traitement du patient

lors du renouvellement d'ordonnance, ou a pu compléter le dossier patient par certaines informations apportées par le patient à ce moment.

Certaines séances d'éducation se sont ainsi déroulées au comptoir. L'avantage étant que le patient a moins l'impression qu'il va perdre son temps. Moins solennel qu'un bureau, l'éducation au comptoir semble donc être très adaptée aux patients pressés, puisqu'ils n'ont pas l'impression de subir l'éducation, alors que nous profitons de ce moment privilégié pour échanger des informations.

Au fil des renouvellements, nous nous sommes rendues compte que les patients pressés s'ouvraient de plus en plus, et qu'un suivi éducatif pouvait être réalisé. Par exemple, une des patientes insuffisante cardiaque qui avait abandonné l'étude par manque de temps, a finalement demandé que lui soit expliqué son traitement et a volontiers accepté un plan de prise adapté. Le fait que le dialogue ait été réalisé de façon non programmée, au comptoir, au cours d'un simple renouvellement a facilité le dialogue avec cette patiente. Sans aucune séance programmée, certains patients sous anticoagulant se sont préférentiellement dirigés vers l'enquêteur lors du renouvellement d'ordonnance car ils se sentaient connus. L'éducateur était alors considéré comme le pharmacien spécialiste de la pathologie. C'était l'occasion de questions supplémentaires, de confirmations ou même de révélation de nouveaux problèmes dans d'autres sphères physiopathologiques.

En conclusion, le comptoir n'est pas le lieu adapté à la phase de diagnostic éducatif, nécessitant un espace de confidentialité totale réservé à cet effet, mais les rencontres ultérieures peuvent s'y dérouler en fonction des disponibilités patient / éducateur ou des occasions qui se présentent.

2.2.2.2. Données temporelles de la démarche

Période d'intervention au cours de la maladie

La période d'intervention de la démarche dans la maladie n'a pas été pré-établie dans notre étude. Pourtant son impact sur la démarche éducative est indéniable. Notre démarche d'éducation a été destinée à la fois aux patients en initiation et en cours de traitement. Les objectifs éducatifs en ont été différents. Nous avons pu constater que les 7 patients en

initiation de traitement avaient besoin d'être informés sur leur maladie et/ou sur leur traitement, de manière à être confortés dans ce nouveau contexte, alors que les patients traités depuis longtemps avaient besoin d'être stimulés pour rester actifs dans leur thérapeutique. Dans les deux cas, l'objectif final était de donner aux patients la possibilité de s'exprimer face à un professionnel de santé, capable de l'orienter et de lui fournir les informations et les réponses à ses questions.

Idéalement, la démarche éducative devrait être réalisée en phase chronique dès que la phase aiguë de la maladie est terminée.

En phase aiguë, une intervention de l'éducateur pourrait être néfaste pour un patient qui se trouverait déstabilisé par l'annonce du diagnostic de sa maladie et par une trop grande somme d'informations. Dans ce cas, une démarche éducative risquerait alors de l'accabler au lieu de l'aider.

Parallèlement, une intervention trop tardive au cours de sa maladie pourrait être préjudiciable à la démarche. La correction de ses pratiques habituelles est difficile puisqu'il faut persuader le patient qu'il peut encore apprendre. Dans les affections chroniques, le patient doit devenir gestionnaire de son traitement³⁵. Certaines affirmations, comme « *J'ai toujours fait comme ça et il ne m'est jamais rien arrivé !* » prouvent qu'il a été difficile de modifier les mauvaises habitudes. Une des patientes en insuffisance cardiaque avait pris l'habitude de ne pas prendre son diurétique lorsqu'elle devait partir en voyage ou rendre visite à quelqu'un. Malgré une connaissance du rôle du médicament, il a été difficile de la convaincre de toujours prendre son diurétique : « *Ça fait des années que je fais comme ça !* ». Lors de l'abord des techniques d'inhalation avec les sujets asthmatiques et BPCO, certains patients décrivaient des effets indésirables persistants qu'ils ne s'expliquaient pas (bouche sèche, raucité de la voix). En les questionnant, il s'avérait que depuis l'instauration de leur traitement, ces derniers ne réalisaient pas un rinçage buccal après la prise médicamenteuse.

De façon pratique, la phase aiguë a été le moment de diffuser les informations pour une bonne prise en charge du traitement, et il nous a également semblé important d'intervenir régulièrement tout au long de la maladie pour réinjecter des notions fondamentales (travail d'accompagnement). Le pharmacien pouvant rencontrer ses patients au moins une fois par mois a la possibilité d'intervenir régulièrement auprès du patient. L'émergence des conditionnements trimestriels nous apparaît comme un frein à cette possibilité car le patient ne se présente plus aussi fréquemment.

Enfin, nous avons pu utiliser une situation prétexte pour enclencher la démarche d'éducation thérapeutique, lorsque le patient se sent dépassé, affronte un élément ou une situation inconnue, source d'anxiété. Lors de cette phase, il a besoin d'aide et de conseils. Ce fut le cas lors du retour à domicile d'un patient insuffisance cardiaque suite à une complication de la maladie (œdème aigu du poumon).

Il est important d'intervenir régulièrement tout au long de la maladie pour réinjecter des notions fondamentales. Le pharmacien a la possibilité de rencontrer ses patients au moins une fois par mois.

Les plages horaires

Dans un but organisationnel à l'officine, il est important de fixer des plages horaires pour les rendez-vous pharmaceutiques en fonction de la disponibilité des patients et de l'éducateur. Le professionnel de santé doit être totalement disponible lors de ces rencontres, des interruptions fréquentes risquent de rompre le climat de confiance établi avec le patient. Il est difficile pour l'enquêteur de structurer une séance s'il se sent pressé et est sollicité par ses collègues pour d'autres activités officinales.

Les tickets rendez-vous prévus initialement n'ont pas été très utiles, les horaires des rencontres ont été fixés pour la plupart au fur et à mesure des rencontres et étaient inscrites directement sur l'agenda des personnes. Les patients ont l'habitude de prendre des rendez-vous pour leur santé, le ticket rendez-vous a été utilisé chez certains comme aide-mémoire, mais il n'a pas été indispensable à la démarche.

Les plages horaires ont été choisies en fonction de l'activité officinale, les heures creuses étant privilégiées. Mais, même dans ce cas, l'activité officinale était soumise à une part conséquente d'incertitude quand à la disponibilité des pharmaciens sur une journée. Certaines séances ont été perturbées ou annulées du fait d'une activité officinale élevée. Dans notre démarche, l'hétérogénéité de la population a été un critère d'inclusion, mais il s'avère difficile d'impliquer des personnes actives, compte tenu des plages horaires proposées, notamment lors des horaires d'ouverture de l'officine. Il est vrai que le suivi éducatif nécessite du temps. Les actifs n'ont pas forcément la possibilité de se présenter à ces horaires et apprécient en général moins les contraintes horaires, qui ponctuent déjà leur quotidien.

Une certaine flexibilité a été accordée à certains patients, pour qui des horaires fixes pouvaient poser problème. Il s'agissait de personnes âgées, dans le cas des AVK : certains de ces patients connaissaient le jour exact de renouvellement d'ordonnance le mois suivant, mais ne pouvaient pas prévoir l'organisation de cette journée. Pour que la volonté des patients et l'utilité des séances soient optimales, le patient ne devait pas être pressé par le temps donc aucun horaire n'a été établi au préalable avec ces personnes. Cela fut problématique lorsque les patients se présentaient aux heures d'ouverture (activité forte au comptoir). Pour certains patients incertains de leur programme pour le mois suivant, la date et l'heure du rendez-vous étaient fixées ou confirmées par téléphone la semaine précédant la date de renouvellement de l'ordonnance. Nous avons enfin noté que le taux d'absentéisme était plus élevé dans le cas où un horaire précis était fixé avec le patient, alors que lui proposer une plage horaire dans une journée (par exemple, le matin) a paru favorable à ce qu'il se sente plus libre, donc plus disponible.

Fréquence, nombre et durée des séances

Ces rendez-vous pharmaceutiques ne doivent pas être perçus comme une nouvelle contrainte associée à la pathologie chronique, car ceci risquerait d'amplifier ou de provoquer un sentiment de déni de la maladie ou de renoncement face à un quotidien trop difficile à gérer. C'est pour cela qu'il est difficile de programmer la fréquence, le nombre et la durée des rendez-vous. La démarche doit s'élaborer au fil des séances aux vues de l'évolution du patient, selon un plan d'action fixé initialement lors du diagnostic éducatif mais réévalué de manière itérative, à chaque contact avec le patient.

Concernant les AVK, l'éducateur a été confronté à deux types de patients : d'une part, des patients âgés qui n'étaient prêts à consacrer du temps pour la démarche qu'une seule fois. Le diagnostic éducatif et les thèmes non acquis ont été abordés lors d'une même séance prolongée ; d'autre part, deux patients plus jeunes, actifs et en initiation de traitement, ont eux même demandé plusieurs rencontres, plus courtes mais ciblées. Dans le cadre de la migraine, les séances étaient de deux pour la majorité des patients, ces séances suffisaient pour apporter les informations et évaluer les conséquences. Ces patients étaient par la suite suivis au comptoir, pour évaluer les nouvelles démarches adoptées. Le nombre de séances n'a pas excédé deux séances de suivi éducatif par patient en insuffisance cardiaque. Toutefois, pour

l'asthme et la BPCO, le nombre de séances a pu s'élever jusqu'à quatre, notamment pour la jeune patiente âgée de 6 ans pour laquelle l'éducateur a privilégié des séances plus courtes mais plus nombreuses, afin de garantir une meilleure attention. Par contre, dans le cas du diabète de type II, les patients ont été vus quatre à cinq fois. Le nombre de séances a été fixé dès le début des séances et était plus élevé. L'éducateur avait programmé une séance tous les mois, car il souhaitait aborder tous les aspects d'une maladie particulièrement lourde de conséquences et de complications.

La durée consacrée aux différentes étapes de l'étude a globalement satisfait la majorité des patients, puisqu'ils étaient en permanence alimentés d'informations, d'écoute ; par contre, les enquêteurs les ont trouvés quelques fois trop longues notamment lorsque les rendez-vous étaient réalisés à domicile, ou quand la personne s'évadait de l'objectif principal. La durée des séances paraissait d'autant plus longue pour l'éducateur que l'activité nécessitait sa présence au comptoir. Après 45 minutes d'un exposé, les capacités de mémorisation baissent de moitié⁹⁰.

Il semble essentiel de considérer le temps global passé pour l'ensemble de l'éducation. Le pharmacien, dans le contexte actuel, doit gérer au quotidien une disponibilité au comptoir, auprès des patients, dans ses tâches de dirigeant d'entreprise et de gestionnaire. Introduire une nouvelle activité modifie cet équilibre, notamment celui économique. C'est pourquoi la question de la rémunération de cette activité est centrale.

2.2.2.3. Modalités des rencontres

Au cours de notre étude, nos patients ont globalement tous été rencontrés seuls, la relation de confiance établie avec l'enquêteur s'en est ainsi trouvée facilitée. Un dialogue en face-à-face avec le patient a permis de créer une atmosphère propice aux confidences.

Dans certains cas, une tierce personne est intervenue dans la séance, sur demande du patient (aide à domicile). L'entourage a un impact important sur le patient, notamment dans les prises de décisions. Les recommandations de l'OMS soulignent comme essentielle la compréhension de la situation du patient par l'entourage ainsi que le rôle des proches pour le bien-être des patients⁵². Plus particulièrement dans une affection chronique, il est nécessaire

de former la famille ou l'entourage proche afin qu'ils collaborent à la gestion du traitement³⁵. Ainsi une des séances réalisées avec une patiente insuffisante cardiaque s'est réalisée en présence de son aide à domicile. Cette séance a été proposée par l'éducateur quand la patiente a révélé un oubli de préparation du pilulier par son aide à domicile. Cette dernière a pris conscience de l'importance du traitement et les conséquences d'une mauvaise préparation des médicaments. La séance a été très intéressante et la patiente, comme l'aide à domicile, ont été très satisfaites.

Initialement, il était prévu que les patients mineurs soient accompagnés de leur tuteur légal ou d'une personne majeure. Ce critère n'a pu être respecté, car une jeune patiente asthmatique (6 ans) souhaitait participer seule à ces séances éducatives. Son choix a ainsi été respecté, mais à la fin de chaque séance, un compte rendu oral de celle-ci était effectué auprès de sa maman infirmière.

Dans le cas du diabète de type II, plusieurs séances collectives ont pu être effectuées. Ces séances regroupaient en fait un couple de patients diabétiques et avaient pour but de créer une interaction plus dynamique. Etant donné que le mari était malentendant, l'information donnée par l'éducateur a pu être relayée et retraduite par sa femme. La formation en groupe évite de répéter plusieurs fois les mêmes messages, mais nécessite d'utiliser des méthodes interactives afin de permettre à chacun d'effectuer les apprentissages nécessaires. Cela permet également de stimuler et confronter les points de vue. .

2.2.3. Outils de suivi éducatif

2.2.3.1. Le dossier patient

Au cours de notre étude, les informations recueillies sur le patient sont essentielles au bon déroulement de la démarche. Le dossier patient créé et utilisé au cours de l'étude a permis de renseigner l'enquêteur sur les informations générales du patient mais également sur les informations liées à son état de santé. Synthétique et assez général, il a pu être utilisé sans grande modification au cours de l'étude. Tous les items ont été utilisés parmi ceux fixés au préalable. Aussi, on peut considérer le dossier patient comme minimal, ne comportant que les critères essentiels à une bonne gestion de l'éducation thérapeutique.

Le dossier patient a pu être complété lors du diagnostic éducatif. Certains critères sont accessibles au préalable, grâce à l'historique médicamenteux et à la communication avec l'équipe officinale connaissant bien le patient fidélisé. Des éléments complémentaires ont pu être apportés lors des séances éducatives ou lors des rencontres au comptoir. Enfin, l'éducateur a pu s'y référer à tout moment afin d'orienter le suivi éducatif du patient.

La connaissance du diagnostic clinique s'avère essentielle, pour la validation d'ordonnance et le suivi thérapeutique de qualité. Le DMP actuellement proposé ne résout pas le problème puisque le pharmacien n'a pas accès à la rubrique « Pathologies en cours ». De plus, dans notre démarche, il a été nécessaire de demander aux patients d'apporter les résultats d'analyses biologiques (INR (ou carnet de suivi), glycémie, créatininémie, HbA1c, ionogramme, peak flow) pour évaluer le suivi thérapeutique.

2.2.3.2. Le diagnostic éducatif

L'évaluation des enjeux de la prise en charge du patient se réalise à l'aide du diagnostic éducatif par des séries de questions ouvertes. Au cours des entretiens, les éducateurs peuvent s'aider d'un questionnaire pré-établi, le but étant de permettre une discussion ouverte et confiante⁹⁰. Cette technique a permis d'établir un plan d'action et d'éviter une discussion sans fin, tout en récupérant les éléments utiles pour déterminer les objectifs du suivi éducatif. Il a été important que le patient ait pu s'exprimer librement.

Selon les cinq éducateurs, la réalisation du diagnostic éducatif s'est avérée complexe. Dans le cadre de la migraine par exemple, une patiente a raconté l'ensemble de ses problèmes sociaux et familiaux, mais en aucun cas, elle n'a parlé de ses migraines, qui passaient finalement en second plan. La séance s'est révélée plutôt de l'ordre du soutien psychologique. Certaines informations du patient ne seront jamais obtenues du fait de son libre arbitre de ne pas les confier à l'éducateur⁹⁴. Les patients craintifs des conséquences de ses pratiques thérapeutiques au quotidien n'ont pas tout révélé, ont pu masquer la vérité. Dans le cas contraire, ils ont voulu montrer leur savoir-faire, en répétant ce qu'ils avaient déjà entendu. Ces deux attitudes inverses ont perturbé la démarche, puisque le niveau considéré de la personne était faussé. C'est pourquoi il est nécessaire que le patient soit dans un climat de confiance, où il ne se sente pas jugé, ni interrogé. Il faut que l'éducation soit ressentie comme une aide et non un moyen de répression.

Le temps consacré au diagnostic est difficile à évaluer, car il a pu être complété au cours des rencontres ultérieures, lors de changements de situation des patients, de l'adaptation des objectifs thérapeutiques aux besoins issus de chaque séance...

Les patients pouvaient être très demandeurs de réponses dès l'élaboration d'un diagnostic éducatif. Si un thème abordé paraissait intéresser particulièrement le patient, il a été délicat de ne pas développer le sujet sur le moment, sous prétexte de lui en parler lors de la séance ultérieure, programmée en vue de répondre aux objectifs éducatifs. C'est pourquoi certains patients ont été majoritairement rencontrés lors d'une seule séance assez longue (45 minutes). Cela souligne la nécessité d'une formation et d'expériences dans le domaine de la réalisation d'un diagnostic éducatif.

Les objectifs pédagogiques nous ont permis d'établir un programme d'éducation. Il semble nécessaire, dans la mesure où le patient doit acquérir des compétences complexes, d'envisager un ordonnancement des objectifs⁹⁰. Une fois qu'ils sont déterminés, nous avons constaté qu'il était nécessaire de les justifier auprès du patient et de négocier avec lui s'ils seront abordés ou non lors de la prochaine séance éducative. En effet, la formulation des objectifs thérapeutiques oblige les éducateurs à traduire une intention en un énoncé clair de la compétence à acquérir par le patient. Deux sortes de difficultés sont rencontrées : la formulation risque d'être à la fois vague et trop ambitieuse et le désir de l'éducateur risque de l'emporter sur les réelles possibilités du patient³⁵. Dans notre démarche, nous avons remarqué que cela permettait au patient de se situer dans le programme d'éducation établi et d'avoir des repères dans ce que lui propose l'éducateur.

Dans un souci de relation avec d'autres professionnels de santé, il est souhaitable qu'une synthèse écrite du diagnostic éducatif puisse être communiquée. La synthèse écrite des informations obtenues permet de relever les facteurs facilitant ou limitant l'éducation, mais également les centres d'intérêt du patient qui permettent d'orienter la stratégie d'apprentissage et les aspects sur lesquels l'éducation doit porter en priorité⁹⁴. Dans notre démarche, deux enquêteurs ont réalisé cette synthèse : cela a pris du temps, puisqu'il a fallu retranscrire une discussion de quarante minutes en quelques lignes. La retranscription a été quasi immédiate ou, si les contraintes professionnelles ne le permettent pas, l'éducateur a utilisé un dictaphone pour enregistrer la séance. L'expérience a été tentée dans le domaine du diabète de type II :

les patients n'ont jamais refusé. La synthèse écrite s'est avérée fondamentale pour transmettre aux professionnels de santé concernés une analyse des difficultés rencontrées par le patient et une suggestion des actions pour les résoudre.

2.2.3.3. Les séances de suivi éducatif

Les séances d'éducation se réalisent aussi en face-à-face. Ces rencontres sont souvent difficiles à interrompre et durent 45 minutes alors que le temps imparti dans le protocole était de 20 minutes. Il paraît important d'apprendre à interrompre une séance sans importuner le patient. Les patients prennent parfois ces séances pour un soutien psychologique ou simplement un lieu d'écoute. L'enquêteur doit recentrer la discussion, sans frustrer le patient, ou risquer de l'empêcher de dire l'essentiel pour sa prise en charge éducative.

Le plan d'action des séances éducatives, plus ou moins développé selon les objectifs fixés par le diagnostic éducatif initial, a été modifié en fonction de l'évolution des séances. Deux attitudes différentes se sont dessinées au cours de l'étude. Une première attitude, directive et programmée, proposait aux patients un nombre défini de séances ainsi que les objectifs à aborder et fixait les horaires précis de rendez-vous. La méthode permettait aux patients de se repérer dans la démarche. Une seconde attitude, plus souple et personnalisée, s'adaptant aux besoins et volontés des patients à chaque étape, laissait à ce dernier plus de liberté. Cette dernière a abouti à une adhésion plus faible de la part du patient car il pouvait se sentir moins encadré, moins motivé. Trop de libertés pouvaient masquer l'importance de ce type de suivi à l'officine pour leur santé.

Le tableau de suivi des séances selon les thèmes abordés permet de visualiser rapidement le niveau d'intervention de l'éducateur. Nous pouvons ainsi dénombrer les thèmes abordés pour chaque patient, repérer les thèmes les plus abordés, quelque soit la pathologie, ainsi que dans la pathologie spécifique de l'étude, et mettre en évidence l'évolution des connaissances du patient. Afin de tisser une cohérence entre les séances, il était nécessaire de vérifier ce que le patient avait retenu de la séance précédente (retour d'expérience du patient, analyse des informations remplies dans le carnet de suivi, le cas échéant).

Dans la pratique d'une phase de suivi éducatif⁹⁰ (Figure 8), nous n'avons pas disposé d'assez de temps : six mois ne nous ont pas permis de vérifier l'acquisition d'une bonne gestion médicamenteuse au long terme. L'intervention était trop proche pour en mesurer l'impact au long terme. Nous concluons encore une fois sur l'utilité d'un suivi éducatif régulier, sur le long terme et éventuellement à une fréquence moindre que celle imposée par la durée de l'étude. Une fréquence adéquate s'adaptant au profil du patient. Un patient dont la maladie est peu ou mal contrôlée consulte plus fréquemment un médecin. Nous proposons alors que le pharmacien puisse rencontrer le patient soit après chacune des consultations médicales (ce qui permettrait au pharmacien d'être informé d'une quelconque évolution du traitement), soit tous les 2 mois de façon régulière afin qu'il puisse assimiler les informations fournies et que l'éducateur puisse rechercher des supports pédagogiques adéquats. De même, en phase d'éducation initiale⁹⁰, les séances doivent être rapprochées du diagnostic éducatif afin d'apporter aux patients les compétences nécessaires à une bonne gestion du traitement (séances hebdomadaires à mensuelles selon le cas et les patients). Le modèle australien propose le remboursement d'une séance par année²⁸, ce qui nous paraît effectivement intéressant pour les patients ayant un contrôle optimal de leur maladie et de leur traitement et où toutes les compétences requises sont acquises. Dans ce cas, nous soulignons l'importance de réaliser un nouveau diagnostic. Enfin, il est évident que le suivi doit s'intensifier à chaque évènement dans le traitement (introduction / arrêt d'un médicament, hospitalisation...).

Face à des patients polyopathologiques, les séances d'éducation ont fait l'objet quelques fois de recherches supplémentaires de la part de l'enquêteur, qui a dû s'adapter aux questions du patient. Une séance d'éducation AVK a été réalisée chez un patient insuffisant cardiaque, sur sa demande. Des séances sur les moyens contraceptifs ont été réalisées dans le cadre de la migraine, la patiente devait changer de moyen contraceptif, dans le but de réduire ses migraines. Des recherches sur la relation obésité et asthme ou encore sur l'efficacité de la désensibilisation ont été menées suite à la demande des patients.

Un pharmacien senior ou un médecin n'a dû intervenir que dans respectivement 14% et 12% des cas. Les pharmaciens sont intervenus pour apporter des informations complémentaires, des conseils sur les outils pédagogiques et leur avis personnel sur le patient et une aide à la gestion d'une erreur de posologie. Les médecins ont été sollicités pour avoir accès à des compléments d'analyses biologiques, pour avoir son autorisation d'aborder les méthodes parallèles des soins de la migraine et pour confirmer une posologie.

2.2.3.4. Les moyens mis en œuvre

Selon les récentes recommandations de l'ANAES, la primauté de l'information orale est mise en exergue, car pouvant s'adapter à chaque patient en particulier⁹⁴. Nous avons constaté que l'adaptation des supports pédagogiques selon les patients était nécessaire dans le cadre d'une démarche éducative. Les catégories d'âges du patient ont une grande importance. L'enfant apprend plus volontiers par le jeu. Les adultes recherchent une réponse concrète à leur problème et accordent beaucoup d'importance à leur expérience personnelle. Les personnes âgées attendent une relation plus personnelle⁹⁰.

Documents fournis aux patients

L'objectif principal des documents fournis aux patients leur permettait de conserver un document de référence pour qu'ils puissent prolonger leur apprentissage et les aider à prendre des décisions au quotidien¹⁸⁷. Les patients peuvent se sentir démunis sans le secours d'une documentation à laquelle ils pourraient se référer en cas de doute quant à la conduite à tenir³⁵. Il semble que les patients aient plus retenu les images que les mots. Les patients ont par exemple retenu plus aisément les caractéristiques de la broncho-constriction par l'image d'une bronche enserrée et fermée que par des propos peu explicites pour eux.

Les documents fournis ont permis d'informer également l'entourage du patient. Dans le cadre de la migraine, un livre pour les enfants a été fourni à des mères migraineuses, afin qu'elles expliquent leur pathologie à leurs enfants.

La remise de brochures informatives n'était pas forcément systématique, elle était justifiée par les besoins du patient.

Les tableaux de plan de prise ont largement été utilisés lors des séances d'éducation des patients âgés ou présentant un niveau de médication élevé. Pour s'adapter aux personnes âgées, des plans de prises en gros caractères ont été réalisés, dans le cadre de l'insuffisance cardiaque, du diabète de type II et des traitements par AVK. L'avantage de cet outil était de pouvoir négocier avec chaque patient les heures et les modalités de prises des différents médicaments.

En plus des documents proposés aux patients, des supports de suivi de leur traitement (carnet de surveillance du patient diabétique, carnet de suivi biologique des anticoagulants, agenda de la migraine, carnet du patient asthmatique) ou des éléments favorisant l'observance (plan de prise adapté avec rôle des médicaments, plaquettes des signes d'alerte dans l'insuffisance cardiaque, flèche d'interprétation des INR) ont été fournis aux patients. Cette documentation nécessite d'être personnalisée par des annotations écrites ou une lecture orale. Au cours d'une séance d'éducation, une patiente insuffisante cardiaque a annoté elle-même sa brochure afin de se l'approprier et d'éclaircir certains termes précisés à l'oral. Dans un autre cas, un patient sous AVK a refusé le carnet de suivi du traitement anticoagulant car il s'organisait déjà de façon optimale : pilulier et fiches personnelles de suivi de l'INR.

Cependant, l'évaluation de ces supports n'a pas été évidente. D'après l'INPES, les outils d'intervention en éducation pour la santé doivent être analysés conjointement par trois personnes au moins ayant des compétences différentes¹⁰³. Évaluer le devenir de ces brochures de suivi fut délicat : poser la question au patient a souvent conduit à une discordance entre ce qui s'était passé lors de la séance et ce que le patient révélait. Certains patients ont conservé et rangé les documents dans un endroit stratégique (avec les documents santé du patient), pour les lire si besoin ; d'autres avouaient les avoir rangés car leur lecture les angoissait ; d'autres enfin déclaraient les avoir mis en évidence dans leur cuisine... Il est difficile de vérifier ces informations qui sont parfois en contradiction avec ce que l'éducateur a pu constater. Nous avons toutefois pu évaluer, dans certains cas, l'intégration des informations véhiculées par ces documents. En effet, lorsque nous avons reparlé de ces documents aux patients (revus en séances éducatives, au comptoir, ou lors de l'entretien téléphonique pour questionnaire patient), certains savaient immédiatement de quoi il s'agissait tandis que d'autres affirmaient ne les avoir jamais reçus. Par exemple, un patient insuffisant cardiaque, en rejet total du corps médical et peu réceptif aux séances d'éducation a déclaré, lors du questionnaire patient, avoir affiché les documents sur son réfrigérateur, à la grande surprise de l'éducateur.

Supports pédagogiques utilisés au cours des séances

Les supports pédagogiques représentent le fil conducteur des séances. L'information écrite (document papier, support vidéo ou multimédia) quant à elle est un complément possible à l'information orale, à condition quelle soit hiérarchisée, repose sur des données validées, soit synthétique, claire et compréhensible pour le plus grand nombre de patients et incite le patient à poser des questions⁹⁴. Un panel de documents d'éducation a été préalablement sélectionné par les divers enquêteurs : imagiers ou schémas à main levée, carnets de suivi, animations informatiques et exercices éducatifs. Les supports n'ont pas été systématiquement utilisés avec tous les patients ; le choix des supports s'est réalisé en fonction des thèmes identifiés lors du diagnostic éducatif.

Nous avons eu l'occasion de dessiner à main levée de schémas explicatifs. Par exemple, l'éducateur dans le diabète de type II a proposé un schéma de la localisation anatomique du pancréas afin d'expliquer le rôle de l'Insuline.

L'outil informatique peut inclure des possibilités de navigation hypertexte par mots clefs donnant accès à des animations vidéo, pouvant être accompagnées de textes, de commentaires vocaux ou de schémas explicatifs¹⁸⁸. L'outil multimédia est interactif grâce à la dynamique de diaporamas. Cette dynamique a permis d'appréhender le cheminement de la migraine, en partant des facteurs déclenchants et en aboutissant à la douleur. Dans le cas de l'asthme, un CD-ROM permettait au patient une visualisation en 3 dimensions du poumon, accompagnée de textes explicatifs du rôle de chaque élément de ce dernier. Cependant, le multimédia peut exclure l'éducateur de la formation, puisque le patient peut évoluer seul dans ce dernier. Il faut veiller à ce que cet outil ne se substitue pas à l'éducateur en l'appuyant par des informations orales. Par contre, ce type de support peut exclure certains patients qui ne manipulent pas ce type d'outils et frustrer ceux qui venaient chercher dans l'éducation une relation humaine d'aide⁹⁰.

Les exercices éducatifs permettaient aux patients d'être plus impliqués et actifs au cours des séances.

Dans le cadre de l'asthme, des supports ont été créés en plus des informations orales prodiguées : modèle du système respiratoire et réalisation d'un jeu de memory afin de faire parler la jeune patiente asthmatique de 6 ans sur sa maladie. Le jeu de cartes consistait à

reconstituer des paires de facteurs pouvant déclencher une crise d'asthme. Ce dernier a été apprécié par la jeune patiente et a ainsi permis à l'éducateur de discuter du thème choisi avec l'enfant en l'abordant de manière ludique. La réalisation d'un modèle respiratoire des poumons permettait d'expliquer de façon imagée et pratique la physiologie respiratoire. Adressé en particulier à l'enfant la, il lui a permis de manipuler et visualiser le déroulement d'un cycle respiratoire.

Les patients diabétiques ont pu fouiller dans un panier contenant le petit matériel médical et les produits nécessaires pour une hygiène et un entretien des pieds : cela a permis à l'éducateur de connaître les habitudes des patients avec ces produits, et éventuellement de leur signaler les produits déconseillés à remplacer par des produits adaptés aux pieds du diabétique.

Le jeu du tri de boîtes de médicaments a intéressé les patients. Cette méthode permettait de vérifier de façon ludique si le patient reconnaissait son traitement. Nous avons pu vérifier s'il connaissait le rôle de chacun de ses médicaments. Ce jeu peut être une façon de déstabiliser les croyances d'un patient persuadé qu'il sait, qui se trouve alors surpris lorsqu'il ne sait pas, c'est à ce moment là que l'éducateur peut intervenir et apporter son soutien. Il permet également de le sensibiliser à la diversité des médicaments, l'équivalence des génériques, ...

Faire manipuler par les patients les instruments d'auto surveillance (débitmètre de pointe, lecteurs de glycémies, tensiomètre) ou de soins (inhalateurs, stylos injecteurs) peut être très efficace⁴⁵. Dans le cas du diabète de type II, les patients ont pu manipuler leur lecteur de glycémie sous le contrôle de l'éducateur pour évaluer la qualité de leur geste.

2.2.4. Ressentis des différents acteurs

2.2.4.1. Les étapes clé de la démarche selon les pharmaciens titulaires

Il est important d'accueillir le patient en lui exposant la démarche, ainsi que de présenter la stratégie à tous les intervenants, et de prévoir un nombre de séances fixe, afin que le patient ait des repères d'évolution. L'étape clé est la première entrevue car elle permet de discuter de la pathologie, de diminuer les réticences liées aux médicaments et d'éviter l'abus médicamenteux, notamment dans le traitement de la migraine.

D'autres étapes déterminantes ont été signalées par certains titulaires :

- Prise de conscience par l'équipe du rôle actif qu'elle a à jouer en relais de la prescription
- Ciblage des patients à inclure
- Choix des objectifs à atteindre et des messages à faire passer au patient

Un des titulaires a remarqué qu'il s'agissait d'« *une expérience double* ». D'une part, elle a fait « *germer dans l'équipe une autre expression du métier possible et permet au patient, dans certains cas, de modifier l'image d'un métier qui ne se résume pas à aller chercher des boîtes* ». D'autre part, il a estimé que dans seulement « *1% des cas, ceci a permis de changer la vision du pharmacien et de détecter des anomalies (nouveaux symptômes par exemple)* ».

2.2.4.2. Les difficultés établies selon les titulaires

Le titulaire souligne qu'il a été « *plus difficile de rencontrer les personnes actives* » dans la pathologie du diabète de type II. Dans la sphère de la migraine, une difficulté supplémentaire concerne la « *dépendance aux antalgiques* ». Ainsi, nous avons dû constater un « *manque d'amélioration pour certains patients, malgré une meilleure compréhension et utilisation* » de leur traitement. A l'officine de centre commerciale, le titulaire a été confronté à un problème organisationnel : « *fixer les rendez-vous en phase avec les horaires de stage* ». Cela laisse à penser qu'il ne sera pas évident de déterminer des dates de rendez-vous dans une équipe officinale où les pharmaciens sont nombreux, ont des horaires fluctuants. On entrevoit la nécessité de centraliser les plannings de disponibilités, charge supplémentaire difficile à concevoir. De plus, lorsque l'officine est située sur un lieu de fort passage, les patients peuvent difficilement programmer à l'avance un horaire de rencontre.

Tous s'accordent pour dire que certaines séances sont trop longues, notamment parce que certains patients sont « *trop bavards* ». Il n'est pas forcément aisé d'apporter une information nouvelle aux patients. Néanmoins, il faut également savoir se contenter de redites, pour fixer les choses dans l'esprit du patient.

L'un d'entre eux souligne qu'il faut être prudent afin de « *ne pas renvoyer le patient à son statut de malade* ». L'éducateur ne doit pas « *se contenter de resituer le rôle de chaque médicament* » mais plutôt « *sortir de la centralisation du médicament* ». « *Cerner les attentes exprimées ou implicites des patients* » est une étape limitante.

«L'éducation thérapeutique doit se faire régulièrement. Il n'est pas besoin de l'envisager spécifiquement par rendez-vous. Tout pharmacien doit discuter et analyser la thérapeutique avec son patient, fidélisé ou non, chronique ou pas, quelque soit son problème de santé. Tous les patients de l'officine doivent bénéficier du même accueil et profiter des connaissances des pharmaciens» précise à un titulaire maître de stage. Nous soulignons tout de même que les patients non fidélisés, sollicités par différents éducateurs seraient ainsi confrontés à une multitude d'informations, pouvant les perturber.

2.2.4.3. Les contraintes vécues par les enquêteurs

Les patients âgés ont souvent placé le rôle du médecin au-dessus de celui du pharmacien, et se l'entendre répéter a été lassant. Certains patients ayant accepté de participer par courtoisie envers le titulaire n'ont pas hésité à exprimer leurs doutes initiaux quant à l'utilité de ces séances.

De même, les abandons en cours d'étude, comme les rendez-vous oubliés, laissent un sentiment de frustration à l'éducateur lorsqu'il avait déterminé des objectifs thérapeutiques intéressants et utiles pour le patient.

La pression liée à une forte activité au comptoir officinal a pu perturber certains éducateurs, même s'ils rencontraient leur patient dans un espace clos de confidentialité, car les autres membres de l'équipe officinale réclamaient sa présence en soutien.

Il est du rôle des éducateurs de reconnaître les diverses étapes de l'évolution psychologique du patient, notamment les difficultés psychologiques et sociales rencontrées pour atteindre les objectifs, et d'agir en conséquence (par exemple, analyse des difficultés pour atteindre les compétences définies au départ, et nouvelles négociations des objectifs et des moyens de les atteindre)⁵². Ceci dit, lorsque la discussion a trop dévié vers un domaine nécessitant un savoir-faire en psychologie, il a été difficile pour l'éducateur de stopper la discussion. Si le pharmacien ne peut pas se substituer à un professionnel de santé apte à gérer la situation, il doit orienter le patient vers la personne compétente, ce qui renforce l'importance de la collaboration entre les professionnels de santé. Il a été délicat d'aborder

certains domaines menant le patient à se confier de façon trop personnelle. La question des antécédents familiaux a souvent été le facteur déclenchant un monologue au sujet des pathologies familiales et des drames qu'il a pu en découler.

Déterminer l'acceptation de la pathologie ou du traitement par le patient n'est pas aisé. La question ne se pose pas directement et deviner à travers les propos du patient pose les biais liés à la technique d'entretien semi directif abordés plus haut.

Un suivi sur six mois s'est avéré court car nous nous efforcions alors de rencontrer fréquemment les patients afin d'effectuer le diagnostic éducatif et les séances éducatives qui en découlent de façon rapprochées. Il nous aurait été souhaitable de pouvoir rencontrer ces patients quelques mois plus tard afin d'évaluer l'impact de la démarche sur la gestion de leur traitement.

2.2.4.4. Satisfaction des étudiants enquêteurs

Au cours de la démarche, nous nous étions attachées à ces patients. Nous avons eu l'impression de les délaisser, car un échange particulier s'était créé, ils se sont livrés, ont été réceptifs et nous ont fait confiance. De plus, il nous paraissait dommage de ne pas continuer à les suivre.

Nous avons été agréablement surprises lors des questionnaires téléphoniques par croisement d'interlocuteurs : les patients nous ont bien accueillis et les avis étaient dans l'ensemble très positifs. Les patients semblaient satisfaits par ce suivi effectué sur une période de six mois.

Les encouragements issus des discussions avec les médecins nous ont réconfortées dans le fait de privilégier la communication entre le patient, son médecin et son pharmacien.

L'éducateur et le pharmacien ne font qu'un. On peut être amené à parler d'autres choses que ce qui concerne le suivi éducatif d'une pathologie chronique en fonction des attentes ou besoin du patient.

2.2.4.5. Avis des médecins de l'étude

Le projet d'éducation thérapeutique à l'officine est bien accueilli par 86% des médecins. Ils estiment qu'une nouvelle explication des traitements et des plans de prise par un autre professionnel de santé, utilisant donc d'autres termes, est nécessaire à une bonne prise en charge du patient. La proximité du pharmacien au quotidien, face à une pénurie démographique médicale, a été signalée par une grande majorité des médecins. Cette proximité a été qualifiée selon un neurologue comme « *facilitant le dialogue et le repérage des patients en déviance* » (patients ayant une observance médiocre, ayant une forte automédication...).

Par contre, certains médecins ont été surpris par cette démarche. Pour ces derniers, une discussion sur le rôle des pharmaciens a été mise en place. Elles se sont parfois avérées déroutantes. Certains craignaient que le pharmacien déborde sur leur propre rôle, mais après une explication plus profonde de la démarche, ils ont accepté que le diagnostic éducatif n'affecte pas le diagnostic médical. D'autres ne comprenaient pas l'importance de l'éducation, puisque d'après eux, « ils expliquent déjà suffisamment les choses aux patients ». Enfin, d'autres trouvaient la situation paradoxale, puisque face aux étudiants en pharmacie organisant des séances d'éducation, il y a des confrères qui vendent des produits sans conseil alors que ce ne sont pas des médicaments anodins.

2.2.5. Relationnel entre les différents acteurs

Au cours des six mois, les patients inclus dans l'étude dialoguaient de plus en plus facilement, osent poser les questions sur des sujets variés. Parfois, des séances improvisées se mettaient en place à la demande du patient, suite à un problème rencontré, une évolution de la pathologie ou d'une autre pathologie. Les patients se sentaient reconnus, soutenus et souhaitaient être suivis par leur « *réfèrent* » à l'officine. Le pharmacien devenait, au dire de certains, des patients, un spécialiste, « *au même titre qu'un médecin* ».

Pour certains patients, ces rencontres ont été l'occasion : de discuter, de sortir de la routine, d'avoir de la compagnie (personnes seules) ou encore de rendre service à l'enquêteur. Au début de l'étude, la plupart n'était pas conscient du rôle fondamental de notre démarche et ont accepté de participer pour des raisons différentes : avant tout faire plaisir à leur

Résultats

pharmacien ou à l'étudiant, ou encore faire avancer la recherche, par confiance en leur pharmacien, par intérêt, par curiosité ou pour évoquer un sujet personnel face à un pharmacien. Peu à peu, de plus en plus impliqués dans les rendez-vous, beaucoup ont avoué au cours des questionnaires avoir été ravis de ces rendez-vous pharmaceutiques car ils ont été l'occasion « *d'apprendre beaucoup de choses* » (extrait d'un questionnaire patient diabète de type II) sur leur maladie et leur traitement. Nos patients ont reçu un certain nombre d'informations de la part de divers professionnels de santé, le rendez-vous pharmaceutique a été l'occasion de centraliser toutes ces données et de fixer les idées essentielles.

Une patiente a exprimé un mécontentement par rapport aux interventions verbales de l'étudiant, car les questions posées au sujet de son traitement anticoagulant et ses particularités lui semblaient être celles posées par son médecin. Elle ne comprenait pas l'intérêt qu'avait l'éducateur à poser des questions similaires à celles auxquelles elle avait déjà répondu chez son médecin. L'éducateur a dû souligner qu'il n'avait pas accès au dossier médical constitué par son médecin.

Quant aux éducateurs, ils ont acquis plus d'aisance au fil des séances et se sentaient responsables de leurs patients. Dans le cadre de la migraine, une patiente a déclaré un cancer durant la période de l'étude. L'éducateur connaissant la personne, n'a pas hésité à lui demander des précisions sur ce cancer, pour l'épauler dans cette période difficile. La patiente a apprécié cette écoute professionnelle et cet intérêt porté à son égard.

L'enquêteur a pu jouer son rôle d'orientation du patient vers d'autres professionnels de santé. Concernant les réseaux spécialisés existant, nous avons informés 11 patients de leur existence, dont 3 ont pu l'intégrer.

La démarche a permis de développer un nouveau lien entre les médecins traitants et la pharmacie. Une collaboration différente du contact actuel (appels téléphoniques pour difficultés de lecture des ordonnances, interrogations sur des posologies, interactions, ...) a pu s'établir. Les contacts (téléphoniques, par courrier ou visuels) concernaient l'information au sujet de la démarche et, dans certains cas, des discussions au sujet du patient. Dans le cadre de la migraine, l'éducateur a informé le médecin traitant de la forte automédication d'une patiente, il a été discuté pour des patients des moyens pour une meilleure prise en charge notamment un recours à des méthodes parallèles. De même, il a été nécessaire de demander au médecin traitant d'une personne âgée sous anticoagulant oral s'il était conscient d'une

autogestion des prises d'AVK en fonction des valeurs d'INR. Après discussion, le médecin, le titulaire et le biologiste ont été unanimes : ce patient a tendance à fabuler, mais il est bien suivi par ces trois intervenants.

Patients comme professionnels de santé doivent travailler plus étroitement ensemble. Le patient n'est jamais vierge d'expérience ni de savoir par rapport à sa maladie. Il n'est pas une page blanche sur laquelle s'écrirait son éducation. Ne pas chercher à connaître cette « culture » du patient, c'est prendre le risque de l'affronter, de la contredire sans succès, tant il est vrai que ces conceptions initiales se sont forgées au cours des années et sont par conséquent très solides⁹⁰.

2.2.6. Impact économique de la démarche

La question de la rémunération de cet acte pharmaceutique est rapidement posée. Nous nous sommes investies en consacrant du temps pour préparer les séances, remplir les dossiers concernant les patients et rechercher la réponse adaptée à chacun de ses besoins. Pendant ce temps, nous n'étions pas disponibles pour prêter main forte au comptoir. Pire encore, nous n'étions pas joignables lors des visites à domicile.

Nous avons un temps moyen par patient sur 6mois de 92 minutes, le temps de préparation des séances nous permet de doubler ce temps passé, soit 184 minutes. Un pharmacien rémunéré au coefficient 500 coûte à son employeur 27, 56 € / heure ; soit pour un suivi éducatif de 6 mois, **85€ (*)**.

EXPLICATIONS :

Nombre de patients : 43

Nous avons rencontré :

- 8 patients 1 fois, soit $53 \text{ minutes} * 8 = 424 \text{ minutes}$
- 16 patients 2 fois, soit $44 * 16 + 28 * 16 = 1152 \text{ minutes}$
- 7 patients 3 fois, soit $44 * 7 + 28 * 2 * 7 = 700 \text{ minutes}$
- 7 patients 4 fois, soit $44 * 7 + 28 * 3 * 7 = 896 \text{ minutes}$
- 5 patients 5 fois, soit $44 * 7 + 28 * 4 * 5 = 780 \text{ minutes}$

Résultats

Nous avons vu l'ensemble des patients : 3952 minutes, soit pour un patient sur 6 mois : $3952/43 = 92$ minutes.

(*) Ce coût représente uniquement le temps pharmacien, mais n'inclut pas l'investissement matériels (local, électricité, supports pédagogiques...), les frais de déplacement

La mise en place d'un suivi éducatif à l'officine sera dépendant de la structure officinale. Le risque lié à la mise en place d'un suivi éducatif est le retrait forcé des officines non structurées sur un modèle économique puissant capable de développer ce nouveau service¹⁸⁹.

La notion de service payant n'a été abordée que par un patient, en demandant à la fin de la séance consacrée au diagnostic éducatif combien elle devait à l'éducateur. Elle se sentait redevable du service rendu.

Le rapport bénéfices / temps passé est difficilement évaluable car aucun impact sur la santé des patients n'a été réalisé. Cependant, le temps de mobilisation d'un pharmacien par patient nous a paru trop important par rapport au temps de présence nécessaire au reste de l'activité officinale. Une rémunération de la démarche donnerait sans doute une impulsion à la démarche.

Trois titulaires sur cinq estiment que ce service devrait être rémunéré. Le premier a précisé que c'était un « investissement de temps important », apportant des « conseils personnalisés » et cela « mobilise un pharmacien en consultation qui ne peut pas être au comptoir ». Le second a souligné encore « le temps passé ». « La profession évolue vers une prestation de services et la seule marge commerciale ne pourra pas impliquer suffisamment le professionnel. Parallèlement, le fait de devoir rendre compte dans le cadre d'une rémunération implique davantage le professionnel de santé » a spécifié ce dernier. Les deux autres titulaires n'ont pas souligné la nécessité d'une rémunération de ce suivi éducatif. Le premier a relevé que « cela entre dans le débat rémunération à la marge ou à l'acte ». Plus précisément, l'autre titulaire a soulevé que « l'acte pharmaceutique justifiant le monopole d'exercice implique de faire de l'éducation thérapeutique. »

3. Les perspectives

L'objectif de notre travail était de tester la faisabilité d'une démarche d'éducation thérapeutique à l'officine. Cette dernière partie vise à mettre en perspective les idées forces issues de notre analyse pilote.

En préambule, force est de constater que l'activité d'éducation thérapeutique du patient ne tombe pas sous le sens, ne s'improvise pas. Cette activité représente un processus centré sur le patient, continu, planifié et régulier, intégré à la démarche de soins. Ce processus nécessite le recours à des méthodes et des moyens éducatifs structurés. Sont proposées au patient des activités de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale. Ce processus s'effectue entre une équipe multidisciplinaire et le patient et/ou sa représentation (famille, tiers, personne de confiance), dans un contexte institutionnel et organisationnel impliquant certaines ressources et contraintes. Il est impossible d'établir une stratégie idéale d'apprentissage, celle-ci est évolutive en fonction des changements d'attitude du patient et de son adaptation à sa nouvelle situation⁹⁵. Cependant, nous proposons un projet type de suivi éducatif à l'officine issu de notre présente expérience (

Annexe 22).

Deux grands types d'arguments issus de notre travail sont avancés : 1. la nécessité de se former à une telle démarche ; 2. la nécessité de revoir et faire évoluer l'organisation du modèle officinal, au cœur du système de soins.

3.1. La nécessité de formation des acteurs de l'éducation thérapeutique

La pratique d'une telle démarche a soulevé parmi les 5 étudiants des questions, voire des moments de doute, touchant à la fois la technique utilisée et l'obligation d'une remise en cause personnelle issue de la confrontation avec le patient.

Un nécessaire apprentissage de soi

L'engagement dans une pratique de suivi de patients chroniques exige la prise en compte d'un changement de paradigme, du soignant « tout puissant » au soignant « partenaire » du patient. Ceci nécessite de la part du professionnel de faire évoluer ses propres valeurs, de reconnaître une certaine perte de pouvoir et d'accepter une prise de risque : le risque de « se faire déstabiliser » par le patient, le risque de devoir négocier, le risque de ne pas forcément aller dans le sens prévu ; ce type de risque a été appréhendé par certains d'entre nous au cours de ce travail.

A l'instar des recommandations de l'OMS, proposant l'écoute comme une des compétences clés que l'éducateur doit acquérir pour exercer une activité d'éducation du patient, nous pensons qu'une capacité d'écoute de soi-même représente un point d'ancrage pour l'éducateur. Une *pratique réflexive* est nécessaire pour faire évoluer notre propre connaissance, clé d'une écoute performante, d'une capacité à « passer la main » lorsque l'on se trouve dans une impasse avec le patient.

Un nécessaire apprentissage du patient

Au fil de ce travail, on tend à considérer le patient au-delà de son rôle de consommateur de santé, comme le *producteur de sa propre santé*¹⁸³. L'éducation thérapeutique vise à « catalyser » cette démarche, en proposant un modèle et des outils pour

un accompagnement efficace. Pour entrer dans cette démarche, l'éducateur doit acquérir un certain nombre de compétences techniques en termes :

1. d'écoute active, afin d'analyser attitudes et comportements des patients,
2. de capacité de structuration, de synthèse et de programmation d'actions possibles pour le patient et sa santé,
3. de négociation avec ce patient sur les actions à mettre en œuvre,
4. de motivation de ce patient au cours de son suivi, afin de l'aider au mieux à atteindre les objectifs fixés,
5. d'évaluation des progrès réalisés.

L'écoute active représente une technique clairement décrite. Elle associe 3 attitudes clés développées historiquement par Karl Rogers : *Empathie* (développer, par les capacités d'écoute très attentives, une proximité à l'autre, sans pour autant s'identifier à lui) ; *Acceptation inconditionnelle* (essayer d'être conscient de ses propres représentations positives et négatives vis-à-vis de la personne rencontrée) ; *Congruence* (être en contact avec les sentiments que l'on éprouve en temps qu'écouter et les exprimer si l'on juge le moment opportun). Doivent être mises en œuvre derrière ces concepts fondamentaux, des techniques de communication non verbales et verbales qui, pour partie, peuvent faire l'objet d'un enseignement formel.

Concernant *la structuration, la synthèse et la programmation d'actions*, l'approche décrite dans ce travail autour du diagnostic éducatif permet de modéliser le recueil de données, de prendre en compte les valeurs, les préférences du patient, d'identifier ses besoins et les ressources dont il dispose face aux situations-problèmes concernées. C'est la mise en pratique de ce modèle qui permet d'acquérir une expérience de la démarche et de devenir plus efficace dans la programmation des objectifs à proposer au patient.

La négociation d'objectifs avec le patient reste une partie délicate et sans doute très frustrante pour l'éducateur : celui-ci a identifié un ensemble de points critiques lors de l'étape du diagnostic éducatif ; le patient ne va sans doute pas tous les admettre et les accepter pour avancer avec sa maladie. Ce savoir-faire nécessite de pouvoir « jauger » la capacité d'engagement du patient et de mettre au second plan les « urgences » de santé détectée ainsi que ses propres « désirs » de soignant « pour l'autre ».

Une fois un plan de suivi éducatif contractualisé avec le patient, il y a nécessité de *motiver*, d'encourager, de renégocier au fil du temps. L'éducateur endosse le costume de

« coach », apprenant à éviter le paternalisme et à formuler les arguments nécessaires au renforcement du patient.

En définitive, l'éducateur doit posséder des capacités d'*évaluation* des progrès accomplis par le patient, afin de rester centré sur la démarche de suivi éducatif et les objectifs négociés avec le patient, et de ne pas « glisser » vers un accompagnement « compassionnel » non structuré qui ne peut s'avérer très contre-productif.

3.2. La nécessité de revoir et faire évoluer l'organisation du modèle officinal

Telle que décrite, l'activité d'éducation thérapeutique fait appel à des compétences ciblées à mettre en œuvre au cœur d'une organisation adaptée.

Deux questions majeures émergent de ce travail : 1. L'officine est-elle la bonne place pour l'éducation thérapeutique formalisée ? ; 2. Si oui, comment intégrer le travail de l'officine à une démarche multidisciplinaire, garantie principale de la pertinence de la démarche éducative ?

L'officine est-elle la bonne place pour l'éducation thérapeutique ?

Les résultats de notre travail mettent en lumière que l'investissement à consentir par un titulaire d'officine pour mettre en œuvre cette pratique est important : organisation spatiale (lieu de confidentialité) et temporelle (programmation des rendez-vous), intégration à la pratique quotidienne de l'officine, allocation de « temps-pharmacien » nécessaire à la démarche, coût de la formation... pour des bénéfices difficiles à évaluer à court terme.

Il semble clair qu'une officine de taille modeste puisse difficilement opérer de tels investissements. Pour ce qui est des officines plus importantes, le choix reste entier. Les résultats de cette étude montrent que la démarche est faisable moyennant quelques aménagements (cibler les patients ; raccourcir le temps des séances éducatives ; programmer les rendez-vous...). La démarche est faisable, sous l'hypothèse d'une insertion forte du projet dans une dynamique collective au sein de l'entreprise. Dans ce cadre, il semble peu réaliste de détacher une personne de l'équipe qui deviendrait « le spécialiste » en éducation thérapeutique. Il semble plus raisonnable de former plusieurs personnes de l'équipe qui, dans

le cadre des activités de routine, pourraient devenir « personnes-ressources » pour un champ de pathologie ou une classe thérapeutique donnée. Ces référents pourraient être « consultés » par les autres membres de l'équipe officinale, pour certains patients complexes à gérer (sous l'hypothèse d'une organisation favorisant la qualité du contact et la prise en compte du « temps-patient »). La pertinence de cet investissement sera assurée par l'engagement de l'officine vis-à-vis de ses partenaires extérieurs à l'officine.

Comment intégrer le travail de l'officine à une démarche multidisciplinaire ?

Quelques éléments clés ressortent de ce travail :

- renforcer la stratégie de documentation des actes et des interventions pharmaceutiques dans un dossier structuré (dossier patient informatisé, création d'un dossier de suivi éducatif dans le dossier pharmaceutique du DMP), ce qui représente une des actions historiques notamment de l'Ordre des Pharmaciens (Opinion Pharmaceutique ; Henri Lepage) ;
- a minima, renforcer la stratégie de communication avec les autres acteurs de la prise en charge du patient. La cohérence des messages apportés au patient représente un facteur essentiel de la stratégie. Tout message contradictoire décrédibilise la stratégie et les professionnels de santé. Nous avons par exemple développé une synthèse écrite de l'action à destination du médecin ;
- a l'optimum, prédéfinir l'action d'éducation thérapeutique de manière concertée : en négociant avec le médecin traitant un projet de consultation pharmaceutique, sur des patients ciblés ; en intégrant un réseau de soins dans lequel l'activité d'éducation thérapeutique serait reconnue à part entière dans l'offre de soin ; en désignant un pharmacien-référent dans le contexte du relais hôpital-ville. Dans ce cadre, le pharmacien endosse tout à tour un rôle d'éducateur « généraliste » (pratique du diagnostic éducatif et rôle de « triage » vers les professionnels les plus adaptés à répondre aux besoins des patients, au sein du réseau) ou un rôle de consultant spécialiste dans la problématique « médicamenteuse » (gestion d'un défaut d'observance, gestion des effets indésirables médicamenteux...).

Au final, la reconnaissance de la démarche d'éducation thérapeutique par l'instance publique et les ouvertures de contrats formalisés passe par : 1. la mise en cohérence et donc la

Discussion

lisibilité globale de l'action en réseau multidisciplinaire ; 2. la mesure de sa pertinence sanitaire et sociale, qui sera acquise au prix de stratégies d'évaluation rigoureuses.

CONCLUSION

CONCLUSION

Un des défis majeurs auquel doit dorénavant faire face le système de soins est celui du vieillissement de la population. Cette évolution démographique va de paire avec une prévalence croissante des affections chroniques. Les réponses du système de soins sont de plus en plus techniques et morcelées, offrant des garanties sous-optimales en terme de sécurisation des patients. Les chiffres concernant l'iatrogénie médicamenteuse sont à ce titre éloquentes : la moitié des erreurs médicamenteuses serait potentiellement évitable (ENEIS 2005). Les enjeux de santé publique sont alors ceux de la rationalisation de la filière patient, grâce au développement de stratégies de diffusion de l'information entre professionnels, médicaux et paramédicaux, de mise en réseau des structures et prestataires de soins, ambulatoires comme hospitaliers et la mise en œuvre d'un véritable accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques ou « suivi éducatif ».

L'objectif de la présente recherche était d'évaluer la faisabilité d'un *suivi éducatif* à l'officine.

Concernant la méthodologie, de janvier à juin 2006, lors de notre stage de pratique professionnelle, nous avons opéré le suivi éducatif de patients ambulatoires, fidélisés à leur officine et concernés par une pathologie chronique parmi les cinq décrites ci-dessous.

Pathologies d'inclusion	Educateurs	Titulaires, Localisations
Migraine	BOCQUET Claire	Mme LAMEYNARDIE, <i>Annecy le Vieux (74)</i>
Diabète de type II	FORTIN Emeline	Mme BOYER, <i>Grenoble (38)</i>
Asthme et B.P.C.O	GOUDARD-PEYROLON Elsa	M. MODELON, <i>Guilherand-Granges (07)</i>
Anticoagulants oraux	MATHELET Catherine	M. et Mme BOURDARIAT, <i>Pontcharra (38)</i>
Insuffisance cardiaque	RIQUELME Julie	M. et Mme ROUGIER, <i>Saint Martin d'Hères (38)</i>

Les patients volontaires étaient informés, recrutés puis rencontrés dans un espace de confidentialité ou à domicile, afin d'établir un *diagnostic éducatif*. Ce diagnostic permettait de fixer avec le patient des objectifs éducatifs. A chaque entrevue ultérieure planifiée, l'éducateur travaillait avec le patient à un objectif particulier, s'aidant, pour ce faire, d'un ensemble d'outils pédagogiques adaptés.

Conclusion

L'évaluation de la faisabilité de cette démarche s'est effectuée sur 5 types de critères retenus :

1. la pertinence de l'information apportée aux acteurs au sujet de la démarche (acceptabilité de l'entrée dans le dispositif) ; 2. l'organisation spatio-temporelle (prises de rendez-vous, assiduité aux rendez-vous, nombre de rencontres par patient, lieu de l'entretien) ; 3. les outils du suivi éducatif (dossier patient, diagnostic éducatif, thèmes envisagés durant les séances, documentation proposée au patient, supports pédagogiques) ; 4. la satisfaction des différents acteurs (à l'issue de l'expérimentation par des questionnaires et retours d'expériences) ; 5. l'impact économique de la démarche (coût moyen de la stratégie).

Les résultats principaux sont les suivants. Concernant l'entrée dans le dispositif, 73 patients ont été sollicités, 21 ont refusé la démarche et 9 l'ont abandonné en cours de suivi. Les résultats de ce travail concernent donc 43 patients, dont la moyenne d'âge est de 63 ans (de 6 à 90 ans), soit 7 pour asthme/BPCO, 8 pour insuffisance cardiaque et diabète de type II, 10 pour AVK et migraine. Vingt-huit des 33 médecins sollicités ont retourné le questionnaire rempli. Concernant l'organisation de la démarche, le nombre moyen de séances par patient effectuées par chaque enquêteur est de 2,7. Sept pourcent des patients ont été rencontrés uniquement à domicile, 93% à l'officine ou de façon mixte. Parmi ces derniers, 68% ont été rencontrés uniquement dans l'espace de confidentialité, 32% au comptoir ou dans cet espace. La durée moyenne du diagnostic éducatif a été de 44 minutes et celle d'une séance éducative de 28 minutes. Concernant les outils pédagogiques, l'éducateur s'est efforcé de personnaliser les outils pédagogiques qu'il a utilisé lors du suivi éducatif, selon le patient, ses besoins et attentes. Concernant la satisfaction des différents acteurs, la démarche a été appréciée par 95% des patients. Soixante-dix-huit pourcents referaient appel à cette proposition de service pour une autre pathologie et 95% conseilleraient ce mode d'échanges à un proche. La majorité des médecins était satisfaite mais certains relevaient le caractère contradictoire de l'image qu'ils avaient du pharmacien : commerçant et, dans le présent projet, éducateur. Les avis des titulaires divergeaient mais tous s'accordaient sur l'importance du rôle de pharmacien éducateur.

En définitive, l'organisation du milieu officinal doit être remodelée pour déterminer des plages horaires adaptées aux patients et une zone de rencontre isolée, confidentielle et adaptée au suivi éducatif. Malgré ses bénéfices, la visite à domicile reste complexe à mettre en place. Quelque soit l'âge du patient et le stade d'intervention dans sa maladie, le succès de la démarche d'éducation dépend de la motivation de ce dernier. Le suivi éducatif doit être adapté aux besoins et attentes du patient. Le pharmacien doit non seulement s'appuyer sur la

Conclusion

polyvalence de ses connaissances mais aussi se former aux techniques de communication et à l'approche éducative en santé, afin de mener des entretiens structurés et limités dans le temps. Reste que le rapport bénéfice / investissement associé à une telle stratégie est difficile à évaluer. Le temps de présence du pharmacien pour mener à bien le suivi éducatif s'avère difficilement compatible avec l'activité officinale actuelle.

De manière plus fondamentale, la collaboration multidisciplinaire est indispensable pour développer un suivi éducatif cohérent et renforcer les messages délivrés aux patients. Un dossier unique, le dossier patient, permettrait d'établir des objectifs communs au réseau de professionnels. Il permettrait également un relais optimal entre l'hôpital et une pharmacie référente à qui serait confié le suivi thérapeutique. On pourrait envisager une labellisation de cet acte pharmaceutique pour des pharmaciens qualifiés, acte qui pourrait être prescrit par le médecin.

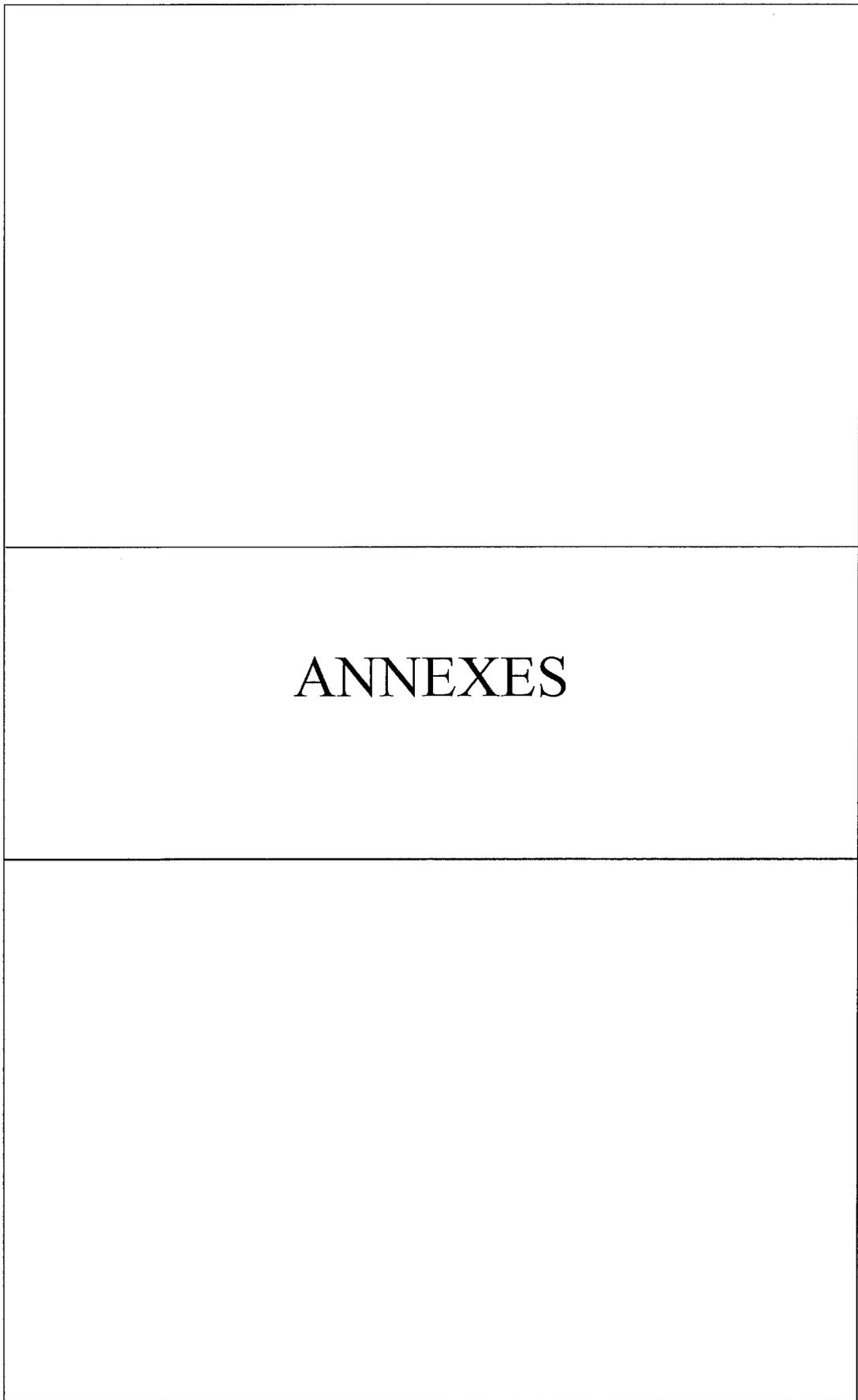
En et Permis d'imprimer

A La Tronche, le 13 Octobre 2006

LE DOYEN
P. DEMENGE

Pr. P. DEMENGE
Directeur UFR Pharmacie

LE PRESIDENT DE THESE
Pr. J. CALO



Annexe 1: Condition de prise en charge par le système de soin australien d'une consultation pharmaceutique prescrite pour au moins 1 des raisons prévues

Le patient ...

- doit prendre régulièrement 5 médicaments ou davantage
- doit prendre chaque jour 12 doses de médicaments ou davantage
- a vu son traitement changer significativement dans les 3 derniers mois
- a des traitements ayant une marge de sécurité étroite ou nécessitant un suivi thérapeutique
- présente des symptômes évoquant un effet indésirable
- ne répond pas bien à son traitement
- n'est peut-être pas bien observant ou a des difficultés à utiliser un dispositif de dispensation
- a du mal à prendre correctement ses traitements par suite de handicaps
- consulte de nombreux médecins
- sort d'une hospitalisation depuis moins de 4 semaines

Annexe 2: Extrait de la grille d'évaluation de la qualité de la tenue du dossier du patient d'après l'ANAES

LES INFORMATIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES				
L'identité civile du patient est notée et comporte :				
1c - le nom et le prénom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2c - le nom de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3c - le sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4c - la date de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5c - le lieu de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6c - l'adresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7c - le numéro de téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

L'identité sociale du patient est notée et comporte :				
8c - la situation professionnelle et la profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9c - la couverture sociale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10c - la situation familiale - <i>marié(e), célibataire, veuf(ve), divorcé(e), pacsé(e)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11c - les éventuelles personnes à charges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

La situation juridique du patient est notée, s'il y a lieu, et comporte :				
12c - la mesure de protection juridique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13c - le mode d'hospitalisation en psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14c - la ou les identités du ou des titulaires de l'autorité parentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15c - Si le patient est majeur sous tutelle ou mineur non émancipé, le dossier contient l'autorisation de soins invasifs signée par le tuteur ou le détenteur de l'autorité parentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

L'identité de la personne à prévenir est notée et comporte :				
16c - le nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17c - l'adresse et/ou le numéro de téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18c - le lien avec le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<i>CRITÈRES D'ÉVALUATION</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>NA</i>	<i>COMMENTAIRES</i>
L'identité de la personne de confiance est notée, si nécessaire, et comporte :				
19c - le nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20c - l'adresse et/ou le numéro de téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21c - le lien avec le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

22c - L'accord ou le désaccord éventuel du patient à la communication des informations concernant sa santé est noté dans le dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23c - Le dossier permet de retrouver les modalités d'entrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
24c - Le dossier permet de retrouver la date et l'heure d'entrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
25c - Le dossier contient, si nécessaire, la fiche inventaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26c - Le dossier contient, s'il existe dans l'établissement, le bordereau d'enregistrement des pièces versées au dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

LES INFORMATIONS MÉDICALES				
Les informations médicales comportent :				
27c - les coordonnées du médecin désigné par le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28c - les coordonnées du médecin adresseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29c - les coordonnées du médecin responsable du patient au cours de sa prise en charge hospitalière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
30c - le lieu de prise en charge du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
31c - le document médical à l'origine de la prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
32c - les motifs d'hospitalisation ou de consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
33c - les antécédents et facteurs de risque du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
34c - le questionnaire de repérage de la maladie de Creutzfeldt-Jacob, si nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35c - les conclusions de l'évaluation clinique initiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Annexe 4: Contenu du Dossier Médical Personnel

D M P Dossier Médical Personnel Vue Synthétique du contenu	
VOLET IDENTIFICATION	<i>Données d'hébergement du dossier</i>
NOM :	
PRENOM	
Date de naissance	
Identifiant	
VOLET DONNEES GENERALES	<i>Données à saisir ou documents à reporter</i>
Antécédents personnels, médicaux et chirurgicaux	
Historique des consultations spécialisées	
Allergies, intolérances, vaccinations	
VOLET SOINS	<i>Documents pouvant être reportés</i>
Résultats d'examens biologiques	
CR d'acte diagnostique	
Bilan autonomie	
Bilan fonctionnel (kiné)	
Conclusions de télé-consultation	
CR d'acte thérapeutique	
CR de séjour hospitalier, lettre de sortie	
Pathologies en cours	
Traitements en cours	
Dispensation médicamenteuse	
Suivi de soins	
VOLET PREVENTION	<i>Documents pouvant être reportés</i>
Facteurs de risques	
CR d'acte diagnostique à visée préventive	
CR d'acte thérapeutique à visée préventive	
IMAGES	<i>Quelques documents sélectionnés</i>
Documents radiologiques ou d'imagerie médicale	

Annexe 5 : Ticket pour fixer un rendez-vous pharmaceutique

	<p style="text-align: center;">PROCHAIN RENDEZ-VOUS PHARMACEUTIQUE Projet de thèse Université de Pharmacie de Grenoble</p>	
DATE : _____		HEURE : _____
<p><input type="radio"/> Ordonnances conservées au cours des traitements</p> <p><input type="radio"/> Résultats d'analyse, de biologie, comptes-rendus d'examens</p> <p><input type="radio"/> Carnets de suivi</p> <p><input type="radio"/> Appareillage</p>		
<p>Merci.</p>		

Annexe 6 : Lettre d'information pour le patient

UFR DE PHARMACIE
SERVICE DE PHARMACIE CLINIQUE
ET DE BIOTECHNIQUE



Jean CALOP, Professeur
Benoît ALLENET, Maître de Conférences
Bernard CHAMPON, Professeur Associé

A La Tronche,
Le

Objet : Etude réalisée dans le cadre d'une Thèse en Pharmacie

Dans le cadre d'une thèse pour l'obtention du Doctorat en Pharmacie, à l'UFR de Pharmacie Université Joseph Fourier de Grenoble, un groupe composé de cinq étudiants finissant leurs études de pharmacie (6^{ème} année) souhaite évaluer l'intérêt d'une démarche de suivi thérapeutique à l'officine.

Ainsi, nous vous proposons une série de rendez-vous (au moins 3 sur une période de 6 mois). Chaque entretien avec l'étudiant en pharmacie (dont la durée sera de 20 minutes) visera à faire le point sur vos médicaments, leur utilisation, d'éventuels problèmes rencontrés, des questions que vous pouvez vous poser sur le diabète de type 2.

Cette étude se réalisera dans le respect strict du secret professionnel et en toute confidentialité, sous la tutelle de votre pharmacien d'officine.

Vous remerciant de votre participation.

BOCQUET Claire FORTIN Emeline GOUDARD Elsa MATHELET Catherine RIQUELME Julie	Dr Benoît ALLENET Maître de conférences	Dr
--	--	----------

DOMAINE DE LA MERCI – 38706 LA TRONCHE CEDEX – FRANCE
C.H.U GRENOBLE – PAVILLON MOIDIEU – 38700 LA TRONCHE – 04 76 76 54 96 – FAX : 04 76 76 51 00

DOMAINE DE LA MERCI – 38706 LA TRONCHE CEDEX – FRANCE
C.H.U GRENOBLE – PAVILLON MOIDIEU – 38700 LA TRONCHE – 04 76 76 54 96 – FAX : 04 76 76 51 00

Annexe 7: Lettre d'information des médecins

UFR
DE PHARMACIE
SERVICE DE PHARMACIE CLINIQUE
ET DE BIOTECHNIQUE



Jean CALOP, Professeur
Benoit ALLENET, Maître de Conférences
Bernard CHAMPON, Professeur Associé

A La Tronche,
Le

Objet : Projet de thèse d'exercice en Pharmacie

Dans le cadre d'une thèse pour l'obtention du Doctorat en Pharmacie, à l'UFR de Pharmacie de Grenoble, un groupe composé de cinq étudiants souhaite évaluer l'intérêt d'une démarche éducative à l'officine, en proposant aux patients des rendez-vous pharmaceutiques.

Sur Grenoble, M^{elle} est présente à la Pharmacie , l'éducation thérapeutique portera sur

Cette expérimentation concerne votre patient,, pour lequel des séances de suivi thérapeutique ont été programmées.

Si vous l'acceptez, nous vous tiendrons informé sur les thèmes abordés avec votre patient.

D'autre part, dans un but d'évaluation de notre démarche, nous vous solliciterons en fin de projet (juin 2006) pour nous donner votre avis sur la pertinence de cette démarche.

Confraternellement.

M ^{elle}	Dr Benoît ALLENET Maître de conférences	Dr ... (Pharmacien)
-------------------	--	---------------------

PJ : synopsis de l'étude.

DOMAINE DE LA MERCI - 38706 LA TRONCHE CEDEX - FRANCE
C.H.U GRENOBLE - PAVILLON MOIDIEU - 38700 LA TRONCHE - 04 76 76 54 96 - FAX : 04 76 76 51 00

Annexe 8 : Présentation officielle de l'étude aux professionnels de santé

PRESENTATION DE L'ETUDE : Mise en place d'un suivi thérapeutique à l'officine
--

L'éducation thérapeutique s'adresse avant tout aux patients atteints de maladies chroniques. Les pathologies choisies telles que l'asthme/BPCO, diabète de type 2, la migraine, l'insuffisance cardiaque, les traitements par anticoagulants oraux nécessitent au quotidien une adhésion étroite de la part des patients, aux diverses modalités du suivi du traitement (prise de médicaments, suivi de régime, auto surveillance de paramètres biologiques...).

I/ Principes généraux de l'expérimentation

Un groupe de 5 étudiants expérimentera des interventions d'éducation pour la santé, grâce à une démarche formalisée suivant un modèle de diagnostic éducatif¹ associée à un ensemble de supports pédagogiques adaptés.

L'étude se fera sur 10 patients fidélisés, volontaires, au sein des officines accueillant les étudiants pour leur stage de 6^{ème} année de Pharmacie.

II/ Déroulement de l'expérimentation

Les patients seront suivis sur une période définie de 6 mois à partir du 1^{er} Janvier 2006.

Le nombre et la durée des rencontres seront variables avec pour minima 3 rendez-vous pharmaceutiques d'une durée approximative de 20 minutes d'entretien.

L'objectif du 1^{er} rendez-vous pharmaceutique sera d'élaborer un dossier patient d'après une série de questions simples.

Une démarche d'identification des besoins du patient sera ensuite établie, considérée comme la première étape d'une éducation personnalisée.

Les rendez-vous suivants répondront aux attentes précédemment définies par le patient.

Une évaluation ultérieure, avec le patient permettra de déterminer sa perception de l'étude.

III/ Communication des Résultats

La mise en commun des résultats d'ordre général permettra de conclure quant à la faisabilité d'une intervention simple du pharmacien dans la prise en charge de la pathologie chronique du patient d'officine.

Les patients seront, bien sûr tenus informés des résultats de l'expérimentation par les étudiants avec lesquels ils auront effectué la démarche expérimentale, au moyen d'un document de synthèse adressé à leur domicile.

¹ J.F d'Ivernois R. Gagnayre. Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique Collection « Education du patient » 2^{ème} édition, Maloine, 2004

Annexe 9: Dossier patient

<h2 style="margin: 0;">SUIVI THERAPEUTIQUE A L'OFFICINE</h2> <h3 style="margin: 0;">DOSSIER PATIENT</h3>	
Date de création : / / 2006	
SITUATION	
Numéro interne à l'officine :	
Acceptabilité de l'étude : <input type="radio"/> Directe <input type="radio"/> Avec demandes d'Informations complémentaires <input type="radio"/> Non, Pourquoi ?.....	
Mode de recrutement : <input type="radio"/> par l'étudiant <input type="radio"/> par les pharmaciens <input type="radio"/> par l'ensemble de l'équipe <input type="radio"/> par demande du patient	
Notion de service payant abordée par la patient : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> nsp	
CONTACT	
Nom :	
Prénom :	
Date de Naissance :	
Adresse :	
Ville :	
Téléphone :	
Courriel :	
Métier :	
Loisirs :	
EQUIPE IMPLIQUEE	
Equipes Soignantes : <input type="checkbox"/> Médecin traitant : <input type="checkbox"/> IDE : <input type="checkbox"/> Paramédicales (Pédicure / Diététicienne / kinésithérapeute / Ergothérapeute) <input type="checkbox"/> Aucun	
Spécialistes : <input type="checkbox"/> Rhumatologue	
<input type="checkbox"/> Médecin de la douleur <input type="checkbox"/> Neurologue <input type="checkbox"/> Cardiologue <input type="checkbox"/> Pneumologue <input type="checkbox"/> Endocrinologue <input type="checkbox"/> Diabétologue <input type="checkbox"/> Autres	
Suivi social : <input type="checkbox"/> Educateur <input type="checkbox"/> Assistante sociale <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> nsp	
ANAMNESE	
Pathologies actuelles :	
Antécédents pathologies :	
ATCD Familiaux :	
HISTORIQUES MEDICAMENTEUX	
Prescriptions :	
Automédications : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, développez (quantité, type d'automédication....)	

PROFIL PATIENT									
<p>Nationalité :</p> <p><input type="checkbox"/> Française</p> <p><input type="checkbox"/> Etrangères :</p> <p>Taille :</p> <p>Poids :</p> <p>IMC :</p> <p>Sexe :</p> <p><input type="checkbox"/> Homme</p> <p><input type="checkbox"/> Femme</p> <p>Etat physiopathologique :</p> <p><input type="checkbox"/> Grossesse</p> <p><input type="checkbox"/> Allaitement</p> <p><input type="checkbox"/> Insuffisance rénale</p> <p><input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique</p> <p><input type="checkbox"/> Allergie médicamenteuse</p> <p><input type="checkbox"/> Allergie environnementale</p> <p><input type="checkbox"/> Intolérance</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">DIAGNOSTIC EDUCATIF BESOINS ET QUALITE DE VIE</p> <p>Addictions :</p> <p><input type="checkbox"/> Tabac</p> <p><input type="checkbox"/> Alcool</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p> <p>Boissons :</p> <p><input type="checkbox"/> Eau</p> <p><input type="checkbox"/> Sodas</p> <p><input type="checkbox"/> Lait</p> <p><input type="checkbox"/> Thé, café</p> <p><input type="checkbox"/> Jus de fruits</p> <p>Activités physiques / Loisirs :</p>	<p style="text-align: center;">FACTEURS INTERNES</p> <p>Connaissances de la maladie :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> nsp</p> <p>Connaissances du traitement (à l'exception des netices 2):</p> <p>Cite ses médicaments :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> nsp</p> <p>Connait leur rôle :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> nsp</p> <p>Evaluation de l'Observance :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> Acceptation de la pathologie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Nsp </td> <td style="width: 50%; border: none;"> Acceptation du traitement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Nsp </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> Appréhension de la maladie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Nsp </td> <td style="border: none;"> Observance : <input type="checkbox"/> Très bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Médiocre <input type="checkbox"/> Nsp </td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">FACTEURS ORGANISATIONNELS/ENVIRONNEMENT</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px; vertical-align: top;"> Autonomie : Vue : <input type="checkbox"/> Correcte <input type="checkbox"/> Insuffisante Audition : <input type="checkbox"/> Correcte <input type="checkbox"/> Insuffisante Dextérité : <input type="checkbox"/> Correcte <input type="checkbox"/> Insuffisante Problèmes avec certains médicaments (Forme galénique, Posologie...) : </td> <td style="width: 50%; padding: 5px; vertical-align: top;"> Préparation des médicaments : <input type="checkbox"/> Autonomie <input type="checkbox"/> Entourage <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Voisin, Femme de ménage <input type="checkbox"/> Soignant <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie <input type="checkbox"/> Autres : Utilisation d'un pilulier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nsp </td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px; vertical-align: top;"> Relationnel : (Emploi, Amis...) : </td> <td style="width: 50%; padding: 5px; vertical-align: top;"> Proximité : <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Laboratoire d'analyses <input type="checkbox"/> Infirmiers <input type="checkbox"/> Familiale </td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">Objectifs des rendez-vous pharmaceutiques</p> <p>1er rdv : <input type="checkbox"/></p>	Acceptation de la pathologie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Nsp	Acceptation du traitement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Nsp	Appréhension de la maladie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Nsp	Observance : <input type="checkbox"/> Très bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Médiocre <input type="checkbox"/> Nsp	Autonomie : Vue : <input type="checkbox"/> Correcte <input type="checkbox"/> Insuffisante Audition : <input type="checkbox"/> Correcte <input type="checkbox"/> Insuffisante Dextérité : <input type="checkbox"/> Correcte <input type="checkbox"/> Insuffisante Problèmes avec certains médicaments (Forme galénique, Posologie...) :	Préparation des médicaments : <input type="checkbox"/> Autonomie <input type="checkbox"/> Entourage <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Voisin, Femme de ménage <input type="checkbox"/> Soignant <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie <input type="checkbox"/> Autres : Utilisation d'un pilulier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nsp	Relationnel : (Emploi, Amis...) :	Proximité : <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Laboratoire d'analyses <input type="checkbox"/> Infirmiers <input type="checkbox"/> Familiale
Acceptation de la pathologie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Nsp	Acceptation du traitement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Nsp								
Appréhension de la maladie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Nsp	Observance : <input type="checkbox"/> Très bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Médiocre <input type="checkbox"/> Nsp								
Autonomie : Vue : <input type="checkbox"/> Correcte <input type="checkbox"/> Insuffisante Audition : <input type="checkbox"/> Correcte <input type="checkbox"/> Insuffisante Dextérité : <input type="checkbox"/> Correcte <input type="checkbox"/> Insuffisante Problèmes avec certains médicaments (Forme galénique, Posologie...) :	Préparation des médicaments : <input type="checkbox"/> Autonomie <input type="checkbox"/> Entourage <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Voisin, Femme de ménage <input type="checkbox"/> Soignant <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie <input type="checkbox"/> Autres : Utilisation d'un pilulier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nsp								
Relationnel : (Emploi, Amis...) :	Proximité : <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Laboratoire d'analyses <input type="checkbox"/> Infirmiers <input type="checkbox"/> Familiale								

Annexe 10: Diagnostic éducatif

N° interne à la pharmacie : 2006	Date : / /
DIAGNOSTIC EDUCATIF	
Besoins et qualité de vie	
- Répercussions de la maladie : - Subjectives : isolement social et culturel, sentiment d'insécurité, ... - Objectives : perte d'activité, absentéisme, chômage.... - Préoccupations, objectifs du patient	
<p>➤</p> <p>➤</p> <p>➤</p> <p>➤</p> <p>➤</p>	
Etat de santé	
- facteurs sanitaires : handicap, douleur, fonctionnalité... - facteurs non liés à la santé : situation économique, solitude... - Perception du patient - Enjeux et motivations, objectifs médicaux...	
<p>➤</p> <p>➤</p> <p>➤</p> <p>➤</p> <p>➤</p>	
Comportements	
- Adaptation à la pathologie et au traitement : quoi, comment, combien ?	
<p>➤</p> <p>➤</p> <p>➤</p> <p>➤</p> <p>➤</p>	

Facteurs internes
- Connaissance de la pathologie, du traitement, observance - Compréhension, représentations, acceptations....
➤ ➤ ➤ ➤ ➤
Facteurs organisationnels
- Environnement social, médical - Ressources disponibles, accessibilité....
➤ ➤ ➤ ➤ ➤
Facteurs de renforcement
- Support social - Famille, proches, collègues, équipe médicale....
➤ ➤ ➤ ➤ ➤

Annexe 11 : Liste des thèmes à aborder

<p><u>CONNAISSANCE DU TRAITEMENT</u></p> <ul style="list-style-type: none">. Connaissance de la maladie. Rôle des médicaments et leurs effets. Mode d'action des médicaments. Posologie, plan de prise. Voies d'utilisation. Génériques. Utilisation de l'appareillage. Effets indésirables <p><u>A QUOI FAIRE ATTENTION ?</u></p> <ul style="list-style-type: none">. Autres médicaments. Conseils diététiques. Traumatismes, sports, stress. Gestes de la vie quotidienne. Grossesse, Allaitement	<p><u>QUELLE SURVEILLANCE EST NECESSAIRE ?</u></p> <ul style="list-style-type: none">. Suivi des manifestations de la maladie. Suivi des analyses. Rendez-vous réguliers chez le médecin <p><u>COMMENT REAGIR EN CAS DE PROBLEMES ?</u></p> <ul style="list-style-type: none">. Surdosage. Oubli. Effets indésirables. Situation d'urgence. Inefficacité
--	--

Annexe 12 : Tableau de suivi de l'évolution des séances selon les thèmes abordés

<ul style="list-style-type: none"> • A = abordé : thème abordé <u>par l'enquêteur</u> car jugé important dans la prise en charge du patient et non abordé par ce dernier, et nécessitant une information et/ou une éducation • V = validé : thème abordé et acquis <u>par le patient</u> de façon autonome, ou validé après vérification par l'enquêteur (dans le cas d'une prise en charge éducative du thème concerné) • E = expliqué : thème expliqué par l'enquêteur, sur demande informative du patient • C = corrigé : thème corrigé par l'enquêteur car erroné selon les dires du patients 					
Numéro interne :			Enquêteur :		
	Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5
Dates :					
Durée :					
CONNAISSANCE DU TRAITEMENT					
Connaissance de la maladie					
Rôle et effet des médicaments					
Mode d'action des médicaments					
Posologie, plan de prise					
Voies d'utilisation, appareillage					
Génériques					
Effets indésirables					
A QUOI FAIRE ATTENTION ?					
Poly / Auto – médication					
Diététique					
Vie quotidienne					
Grossesse, allaitement					
SURVEILLANCE NECESSAIRE					
Evolution pathologie					
Analyses régulières					
Consultations médicales					
EN CAS DE PROBLEME					
Surdosage					
Oubli					
Effets indésirables					
Situation d'urgence					
Inefficacité					
AUTRES THEMES ABORDES NON PREVUS					

Annexe 13 : Suivi d'évolution des séances éducatives

SUIVI EDUCATIF

Numéro interne : _____
Séance N° _____

Date : / / 2006
Durée : _____

Principaux objectifs fixés suite au diagnostic éducatif

-
-
-
-

Préoccupations ou remarques du patient

Objectifs de la séance

- Objectif 1 :
- Objectif 2 :
- Objectif 3 :

Description de la séance

Objectif 1 :	
Outils utilisés :	Comportements du patient face à l'outil :
Commentaires de l'enquêteur :	

Objectif 2 :	
Outils utilisés	Comportements du patient face à l'outil
Commentaires de l'enquêteur :	

Objectif 2 :	
Outils utilisés	Comportements du patient face à l'outil
Commentaires de l'enquêteur :	

Bilan de la séance

--

Objectifs de la prochaine séance

--

Annexe 14 : Questionnaire PATIENT

N° interne à l'officine :

Date : / / 2006

**QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION
PAR LE PATIENT
ÉTUDE D'UNE DEMARCHE DE SUIVI ÉDUCATIF A L'OFFICINE**

1^{ère} partie : Ce qui vous concerne

1. Combien de fois par trimestre, venez-vous à la pharmacie ?

- 1 à 2 fois 3 à 4 fois + de 5 fois NSP

2. Avant l'étude, aviez-vous eu des questions sur votre maladie et/ou votre traitement ?

- Oui Non

3. Avant l'étude, aviez-vous déjà eu une éducation sur votre maladie et/ou votre traitement ?

- Oui plusieurs Non
 Oui au moins une fois NSP

Si oui, précisez (dans quel cadre)

4. Pourquoi avez-vous accepté de participer à ces séances d'éducation ?

- Vous faites confiance à votre pharmacien
 Par curiosité, intérêt
 Pour contribuer à faire avancer la recherche
 C'est l'occasion de parler plus longuement à votre pharmacien
 C'est l'occasion d'évoquer un sujet personnel
 Autre, précisez :

.....

2^{ème} partie : Déroulement des séances d'éducation

5. Combien de fois, avez-vous rencontré l'étudiant dans le cadre de cette éducation ?.....

6. Quelle a été la durée approximative de chaque séance (en moyenne)?

.....Minutes

7. La zone d'accueil vous a-t-elle convenue ?

- Oui Non

Pourquoi ?

8. Préférez-vous des rendez-vous pharmaceutique à votre domicile ?

- Oui Non NSP

Pourquoi ?

9. Les horaires de rendez-vous vous convenaient ils ?

- Oui Non NSP

10. La durée des rencontres était pour vous :

- Longue Adaptée Courte NSP

11. Le nombre de rencontres vous a-t-il convenu ?

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

12. Au cours de ces rencontres :

12.1- Avez-vous pu parler de tout ce qui vous préoccupait ?

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

12.2- A-t-on pris en compte vos habitudes de vies (mode de vie, entourage, activités...)?

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

12.3- Avez-vous reçu des documents sur votre maladie et/ou sur votre traitement (brochures, dépliants d'informations, fiches...)?

- Oui Non Je n'en ai pas voulu

Pourquoi ?.....

Si oui, les avez-vous lues ?

- Oui Non

Et qu'en avez-vous fait ?

- Je les ai rangées
 Je les ai rangées en évidence
 Je les ai fait suivre dans mon entourage
 Je les ai jetées

3^{ème} partie : Opinion sur l'expérimentation

13. Quel était le principal objectif que vous vous étiez fixé avec l'étudiant ?

14. Y a-t-il des choses que vous n'avez pas apprécié dans ces rencontres, qui ont été désagréables ou contraignantes ?

- Oui Non NSP
Si oui, laquelle ou lesquelles ?
-
-
-

15. Ces séances vous ont-elles apporté des informations ?

Sur vos médicaments :

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

Sur les surveillances à effectuer :

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

Sur les complications de votre maladie :

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

Sur les situations d'urgence :

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

Sur l'hygiène de vie :

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

16. L'intervention vous a-t-elle permis :

une meilleure gestion de votre traitement (plan de prise, surveillance biologique..)

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

de prendre contact avec des associations ou d'autres professionnels de santé

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

de mieux vivre la maladie et/ou le traitement

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

de communiquer avec vos proches de votre maladie et/ou de votre traitement

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

17. Pensez-vous avoir atteint l'objectif que vous et l'étudiant, aviez fixé au début de l'étude ?

- Oui, tout à fait
 - Oui, en partie
- Pourquoi ?

- Non, pas vraiment
- Non, pas du tout

18. Concrètement, qu'est-ce que ces rencontres ont changé ?

- Pour votre santé :

- Dans votre relation, avec votre pharmacien :

- Dans votre relation, avec votre médecin

19. Quelle est votre appréciation globale sur ce suivi ? Etes-vous

- Très satisfait
- Plutôt satisfait
- Peu satisfait
- Pas du tout satisfait

20. Referiez vous appel à cette méthode pour une autre pathologie ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

21. Conseilleriez-vous à un proche ce mode d'échange ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

Commentaires :

Merci de votre attention et du temps passé pour remplir ce questionnaire.

Nous vous remercions pour le temps consacré à cette étude.

Annexe 15 : Questionnaire TITULAIRE

N° interne à l'officine :
2006

Date : / /

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION PHARMACIEN
ETUDE D'UNE DEMARCHE DE SUIVI EDUCATIF A L'OFFICINE

1^{ERE} PARTIE : CE QUI VOUS CONCERNE

1. Votre année de naissance :

2. Vous êtes : Un homme Une femme

3. Vous exercez en milieu : Urbain Mixte Rural

4. En plus de vous, combien de salariés travaillent dans votre officine ? : _____ salariés

5. Vous estimez le pourcentage de la clientèle fidélisée à :
_____ % dont _____ % d'ordonnances et _____ % de conseil.

6. Vous estimez la répartition de votre clientèle comme suit :

_____ % d'enfants
_____ % de 15 à 50 ans
_____ % de 50 à 75 ans
_____ % de plus de 75 ans

7. Vous consacrez-vous à ?

- Des activités relatives à des associations de malades Oui Non
- Des activités relatives à des associations de prévention Oui Non
- Des activités de formation (en tant que formateur) Oui Non
- Autres :

8. Avez-vous une expérience antérieure en éducation pharmaceutique (action d'éducation à l'hôpital, dans des écoles...) ?

- Oui, plusieurs Oui, au moins une fois Non

Si oui, précisez :

9. Avant cette étude, combien de temps consacriez-vous en moyenne à chaque patient ?

_____ minutes

2^{ème} PARTIE : DEROULEMENT DE L'EXPERIMENTATION

10. Avez-vous aidé l'étudiant dans son projet de rendez-vous pharmaceutique ?

Oui Non

11. Avez-vous fait des aménagements dans votre officine, pour favoriser les interventions pharmaceutiques (favoriser l'expression de la personne, sa mise en confiance, la confidentialité des échanges...)?

Oui Non

Si oui, quel type de modification ?

- Création d'un espace de confidentialité
- Réservation d'un comptoir à cet effet
- Autre, précisez :

12. Avez-vous aménagé des plages horaires pour les prises de rendez-vous pharmaceutique ?

Oui Non

13. Si oui, pouvez-vous préciser le choix de ces plages horaires ?

En période creuse d'activité Au hasard

14. L'organisation de l'officine a-t-elle été perturbée ?

Oui Non

Si oui, pourquoi ?

15. Avez-vous accordé des visites de l'étudiant au domicile du patient ?

Oui Non

Pourquoi ?

16. Avez-vous été obligé d'intervenir durant une séance entre l'étudiant et le patient ?

Oui Non

Pourquoi ?

3^{ème} PARTIE : OPINION DE SUR L'EXPERIMENTATION

22. A votre avis, vos patients/clients ont été :

- Très satisfaits Plutôt satisfaits Peu satisfaits Pas du tout satisfaits

23. Les rendez-vous pharmaceutiques ont-ils eu une répercussion sur vos relations avec vos patients/clients ?

- Oui, tout à fait d'accord Non, pas d'accord
 Oui, plutôt d'accord Non, difficile à évaluer

24. Quelles ont été selon vous, les étapes clef, déterminantes de l'expérimentation ?

25. Quelles ont été les étapes les plus difficiles / les difficultés rencontrées ?

26. A combien de temps estimé vous le temps passé par l'étudiant pour cette expérimentation ?

27. Est ce que le temps imparti pour cette activité vous a semblé disproportionné ?

- Oui Non

28. En conclusion, le rapport bénéfice / temps passé vous semble :

- Suffisant Faible Inexistant Inévaluable

Le questionnaire est terminé. Merci de votre attention et du temps passé pour remplir ce questionnaire.

Annexe 16 : Questionnaire MEDECIN

N° interne à l'officine :

Date : / /2006

**QUESTIONNAIRE D'EVALUATION MEDECIN
ETUDE D'UNE DEMARCHE DE SUIVI EDUCATIF A L'OFFICINE**

1^{ère} PARTIE : CE QUI VOUS CONCERNE

1. Votre année de naissance :

2. Vous êtes : Un homme Une femme

3. Vous exercez en milieu : Urbain Semi urbain Rural

4. Vous consacrez-vous à ?

- Des activités relatives à des associations de malades Oui Non

- Des activités relatives à des associations de prévention Oui Non

- Des activités de formation (en tant que formateur) Oui Non

- Autres :

5. Avez-vous eu des expériences antérieures en éducation pour la santé (Action d'éducation à l'hôpital, dans des écoles...)

Oui plusieurs Oui au moins une fois Non

Si oui, précisez :

6. Travaillez vous en collaboration étroite avec les autres professionnels de santé ?

Oui, souvent Oui, parfois Non, pas du tout

7. Avec quels professionnels de santé, travaillez vous le plus souvent ?

2^{ème} PARTIE : OPINION SUR LE PROJET D'EDUCATION

8. Que pensez vous du projet d'éducation thérapeutique à l'officine ?

9. Quelle est votre opinion sur la collaboration entre professionnels de santé ?

Très satisfaisante Peu satisfaisante
 Plutôt satisfaisante Pas du tout satisfaisante

Pourquoi ?

10. A votre avis, vos patients/clients ont –ils été :

- Très satisfait Plutôt satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

11. Les rendez-vous pharmaceutiques ont-ils eu une répercussion sur vos relations avec vos patients ?

- Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

Pouvez-vous citer quelques impacts :

12. Ce questionnaire est maintenant terminé, souhaitez vous rajouter quelque chose ?

Merci de votre attention et du temps passé pour remplir ce questionnaire.

Nous vous remercions pour le temps consacré à cette étude.

Annexe 17 : Questionnaire ETUDIANT

N° interne à l'officine :

Date : / /2006

**QUESTIONNAIRE D'EVALUATION PAR L'ETUDIANT
ETUDE D'UNE DEMARCHE DE SUIVI EDUCATIF A L'OFFICINE**

1^{ère} PARTIE : CE QUI VOUS CONCERNE

1. Votre année de naissance :

2. Vous êtes : Un homme Une femme

3. Avez-vous déjà travaillé en pharmacie ?

Oui Non

Si oui, combien de temps (environ) ?.....

4. Avez-vous déjà suivi des formations d'éducatons thérapeutiques auparavant ?

Oui plusieurs Oui au moins une fois Non

Si oui, précisez (dans quel cadre)

5. Avez-vous déjà effectué des éducatons thérapeutiques auparavant ?

Oui plusieurs Oui au moins une fois Non

Si oui, précisez (dans quel cadre)

2^{ème} PARTIE : DEROULEMENT DE L'EXPERIMENTATION

6. Combien de fois, avez-vous rencontré le patient dans le cadre de cette expérimentation ?.....

7. Au cours de ces rencontres : (cochez la case qui correspond mieux à votre opinion)

7.1- A votre avis, avez-vous pu parler de tout ce qui le préoccupait ?

Oui, tout à fait Oui, en partie Non, pas vraiment Non, pas du tout

7.2- Avez-vous pris en compte ces particularités (mode de vie, entourage, activités...) ?

Oui, tout à fait Oui, en partie Non, pas vraiment Non, pas du tout

7.3- Lui avez-vous fourni des documents (brochures, dépliants d'information...) ?

Oui Non Il n'en voulait pas

8. Avez-vous demandé des aides particulières pour répondre à certaines questions ?

Oui Non

si oui lesquelles ? (Vidal, pharmacien, médecin, Internet,)

9. Le pharmacien vous a t'il aménagé une zone d'accueil ?

Oui Non

Si oui, quel type de modification ?

Création d'un espace de confidentialité

Réservation d'un comptoir à cet effet

Autre, précisez :

10. Les horaires de rendez-vous pharmaceutique défini vous convenaient-ils ?

Oui Non

11. La durée des rencontres était pour vous :

Longue Adaptée Courte

12. Le nombre de rencontres défini au départ était il suffisant pour répondre aux questions du patient ?

Oui Non

Pourquoi ?

3^{ème} PARTIE : OPINION SUR L'ETUDE

13. Y a-t-il des choses que vous n'avez pas appréciées dans ces rencontres, qui ont été désagréables ou contraignantes ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ?

14. Est-ce que cette étude vous a mis en difficulté sur le plan relationnel ou moral ?

Oui Non

Pourquoi ?

15. Pensez-vous qu'une formation soit nécessaire pour effectuer ces rendez-vous, en plus de la formation initiale ?

Oui Non

Si oui, pourquoi et lesquelles ?

16. Pensez-vous que dans certains cas, auriez-vous besoin d'un coaching ?

Oui Non

Pourquoi ?

17. Quelle est votre appréciation globale sur cette expérimentation ? Êtes-vous

Très satisfait Plutôt satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

18. Est-ce que cette étude vous a permis de mieux comprendre et appréhender les problèmes rencontrés par les patients ?

Oui Non

Pourquoi ?

19. Cette étude vous a t'elle confirmer l'importance du conseil et de l'éducation thérapeutique en officine ?

Oui Non

Pourquoi ?

20. En conclusion, le rapport bénéfice / temps passé vous semble :

Suffisant Faible Inexistant Non évaluable Négatif

Merci de votre attention et du temps passé pour remplir ce questionnaire.

Nous vous remercions pour le temps consacré à cette étude.

Annexe 18: TABLEAUX DES RESULTATS

(Légende : En italique résultats non interprétés, * pas de données accessibles)

1 : Evaluation de la démarche (retour d'expérience des 5 enquêteurs)

EVALUATION DE LA DEMARCHE						moenne	total	%
INCLUSION DES PATIENTS								
Nombre de patients inclus	14	12	17	17	13	14,6	73	
Dont refus directs catégoriques	1	0	2	1	2	1,2	6	8%
Dont refus directs avec explications de la raison	2	1	5	3	4	3	15	21%
Dont abandons en cours de suivi	1	3	2	3	0	1,8	9	12%
Nombre de patients pour lesquels toutes les étapes de l'étude ont été réalisées	10	8	8	10	7	8,6	43	59%
Nombre de patients décédés en cours d'étude ou après la période d'étude	0	0	1	0	0		1	1%
Nombre de patients hospitalisés pour la pathologie en cours d'étude ou après	1	0	2	0	0		3	7%
Nombre de patients hospitalisés pour une autre pathologie en cours d'étude ou après	0	1	1	1	1		4	9%
PROFIL DES PATIENTS INCLUS								
Moyenne d'âge des patients	73	73	78	45	46	63		
Age minimal	48	57	68	30	6			
Age maximal	90	81	85	62	73			
Sexe des patients								
Féminin	2	2	4	9	3		20	47%
Masculin	8	6	4	1	4		23	53%
Nationalité des patients								
Française	10	7	7	10	7		41	95%
Etrangère	0	1	1	0	0		2	5%
Expression verbale des patients								
En français	10	8	7	10	7		42	98%
Etrangère	0	0	1	0	0		1	2%
Niveau de compréhension réciproque (langage en général)								
Suffisante	10	8	7	8	7		40	93%
Médiocre	0	0	1	2	0		3	7%
Insuffisante	0	0	0	0	0		0	0%
Catégorie socio-professionnelle								
Scolarisés, étudiants	0	0	0	0	1		1	2%
Actifs	1	2	0	6	1		10	23%
Sans emploi et/ou en recherche d'emploi	0	0	0	3	1		4	9%
Retraités	9	6	8	1	4		28	65%
Au moins 1 des critères suivants correspond au domaine professionnel							42	
Efforts physiques importants	2	1	3	0	1		7	17%
Horaires particuliers	0	1	1	3	2		7	17%
Pression intellectuelle élevée	4	0	0	6	0		10	24%
Déplacements fréquents	1	2	1	0	1		5	12%
Exposition chimique	0	0	0	0	0		0	0%
Domaine de la santé	0	0	0	0	0		0	0%
Vie professionnelle en relation avec l'état pathologique	2	1	0	2	0		5	12%
Profession : cause de la pathologie	0	0	0	0	0		0	0%
Profession : facteur aggravant de la pathologie	2	1	0	2	0		5	12%
Profession contre-indiquée avec la pathologie	0	0	0	0	0		0	0%
Etat physiopathologique								
Grossesse	0	0	0	0	0		0	0%
Allaitement	0	0	0	0	0		0	0%
Insuffisance Rénale	2	3	0	0	0		5	12%
Insuffisance Hépatique	0	0	0	0	0		0	0%
Allergie médicamenteuse	0	1	2	1	0		4	9%
Allergie environnementale, alimentaire	1	2	2	0	7		12	28%
Intolérances	0	0	1	0	0		1	2%
Médication								
Patient monopathologique	1	1	1	8	3		14	33%
Patient polyopathologique	9	7	7	2	4		29	67%
Patient monomédiqué	1	0	1	5	3		10	23%
Patient polymédiqué	9	8	7	5	4		33	77%
Environnement médical pour la pathologie concernée								
Seulement 1 médecin généraliste (MG)	0	0	0	5	2		7	16%
Plusieurs MG uniquement	0	0	0	0	0		0	0%
Seulement 1 spécialiste	0	1	0	0	1		2	5%
Plusieurs spécialistes	0	0	0	0	0		0	0%
1 MG et 1 spécialiste	10	0	3	5	4		22	51%
Plusieurs MG et 1 spécialiste	0	0	0	0	0		0	0%
1 MG et plusieurs spécialistes	0	7	5	0	0		12	28%
Plusieurs MG et plusieurs spécialistes	0	0	0	0	0		0	0%
1 professionnel de santé en paramédical	2	1	1	5	2		11	26%
Plusieurs professionnels de santé en paramédical	0	0	3	0	0		3	7%
Aide d'une Infirmière Diplômée d'Etat (IDE)								
A domicile	6	0	0	0	0		6	14%
Au cabinet professionnel	4	0	0	0	0		4	9%
Hospitalisation à Domicile (HAD)	0	0	0	0	0		0	0%

Acceptation de la pathologie									
Acceptant	8	7	6	2	5			28	65%
Acceptant partiellement	2	1	1	8	1			13	30%
N'acceptant pas	0	0	1	0	1			2	5%
Acceptation du traitement									
Acceptant	8	7	6	8	5			34	79%
Acceptant partiellement	2	1	0	2	2			7	16%
N'acceptant pas	0	0	2	0	0			2	5%
Automédication									
Automédication forte	1	0	0	5	0			6	14%
Automédication moyenne	3	0	2	0	0			5	12%
Automédication faible ou nulle	6	8	6	5	7			32	74%
Période d'intervention dans le traitement de la pathologie chronique concernée									
A l'introduction du traitement	1	0	2	1	0			4	9%
Moins d'un an après l'initiation	2	1	0	0	0			3	7%
De 1 à 5 ans après	5	0	4	3	2			14	33%
Plus de 5 ans après	2	7	2	6	5			22	51%
Analyses biologiques									
Patients se déplaçant au labo pour leur suivi biologique	3	8	8	*	0			19	44%
Pour lesquels une IDE effectue les prélèvements	7	0	0	*	0			7	16%
Patients concernés par l'automesure	0	6	0	*	1			7	16%
Effectuant leurs analyses correctement (fréquence, conservation des résultats)	8	7	8	*	6			29	88%
Effectuant leurs analyses à la bonne fréquence sans conserver les résultats	2	0	0	*	0			2	6%
N'effectuant pas leurs analyses à la bonne fréquence, oubliant les consultations ou les examens	0	1	0	*	1			2	6%
Arrêts de travail									
Consécutifs à la pathologie d'inclusion à l'étude	1	0	0	0	0			1	2%
Consécutifs à un autre problème de santé	0	0	0	0	0			0	0%
MODE DE RECRUTEMENT									
Par le maître de stage	8	8	1	0	1			18	42%
Par l'étudiant	1	0	3	5	4			13	30%
Par le reste de l'équipe	1	0	4	4	2			11	26%
Par le patient lui-même	0	0	0	1	0			1	2%
ACCEPTABILITE									
Directe	9	7	0	0	5			21	49%
Avec demande d'infos complémentaires	0	0	8	10	0			18	42%
Au bout d'un certain temps de réflexion	1	1	0	0	2			4	9%
DUREE DES SEANCES									
Durée des séances : Temps moyen passé, en minutes, pour :									
Diagnostic éducatif seul	30	50	45	50	44			44	
Séances éducatives uniquement	25	45	20	22	26			28	
Les 2 confondus	45	*	65	49	*			53	
Temps minimal consacré, en minutes, pour :									
Diagnostic éducatif	20	40	15	30	35			28	
Séances éducatives	5	30	10	10	10			13	
Les 2 confondus	40	*	65	30	*			45	
Temps maximal consacré, en minutes, pour :									
Diagnostic éducatif	45	70	50	80	48			59	
Séances éducatives	30	60	60	60	58			54	
Les 2 confondus	60	*	65	60	*			62	
LIEUX DES RENCONTRES									
Nombre de patients rencontrés									
Au moins 1 fois à domicile	2	2	1	1	0			6	15%
Toujours à domicile	0	0	3	0	0			3	7%
Nombre de patients rencontrés (sont exclus ceux n'ayant été vus qu'à domicile)									
Espace isolé de confidentialité, EXISTANT au sein de l'officine, uniquement	8	8	0	0	0			16	40%
Espace de confidentialité, CREE à cet effet, uniquement	0	0	5	0	6			11	28%
Comptoir pour toutes les séances	0	0	0	0	0			0	0%
De façon mixte entre le comptoir et un espace isolé	2	0	0	10	1			13	33%
MODALITES DES RENCONTRES									
Nombre de cas où le patient									
A été rencontré lui-même, seul	10	6	7	10	7			40	93%
Est autonome mais était accompagné	0	0	0	0	0			0	0%
Est accompagné d'un professionnel de santé responsable	0	0	0	0	0			0	0%
Est accompagné de la personne de son entourage responsable de son traitement	0	0	1	0	0			1	2%
Est remplacé par un mandataire	0	0	0	0	0			0	0%
Est inclus avec d'autres dans une séance collective	0	2	0	0	0			2	5%
Nombre de séances déterminées au total	14	35	19	24	22			22,8	114
Nombre moyen de séances par patient	1,4	4,4	2,4	2,4	3,1			2,7	
Nombre de séances annulées par le patient	2	9	2	3	0			16	14%
Nombre de séances annulées par l'éducateur	0	2	2	0	0			4	4%
Nombre de patients estimés non rigoureux dans le respect des rendez-vous fixés (date ou heure)	0	3	1	2	1			7	16%

Patients rencontrés										
1 fois	6	0	0	2	0				8	19%
2 fois	4	1	5	4	2				16	37%
3 fois	0	0	3	2	2				7	16%
4 fois	0	2	0	2	3				7	16%
5 fois	0	5	0	0	0				5	12%
Plus de 5 fois	0	0	0	0	0				0	0%
Suivi des patients : Nombre de patients ayant été suivis par										
L'étudiant seul, uniquement	10	8	8	8	6				40	93%
Au moins 1 fois par l'étudiant et un pharmacien	0	0	0	2	1				3	7%
Toujours par un binôme étudiant / pharmacien	0	0	0	0	0				0	0%
Nombre de patients pr lesquels un rapport final verbal a été communiqué à										
Un des pharmaciens de l'équipe	10	8	8	10	0				36	84%
Un médecin entourant le patient	0	0	2	0	0				2	5%
Nombre de cas où une synthèse écrite du diagn thérap et suivi des séances ont été communiquées										
Au pharmacien	0	0	0	0	0				0	0%
A l'équipe médicale entourant le patient (généraliste, spécialiste, ...)	0	0	0	10	0				10	23%
Nombre de cas ayant nécessités une démarche d'intervention de la part (questions, infos, ...)										
D'un pharmacien	2	1	1	2	0				6	14%
Du médecin du patient	1	2	1	1	0				5	12%
D'un professionnel de santé entourant le patient	0	0	0	0	0				0	0%
Nombre de patients ayant été										
Orientés vers un autre professionnel de santé	0	2	0	2	0				4	9%
Informés de l'existence d'un réseau spécialisé	1	1	8	0	1				11	26%
Intégrés dans ce réseau spécialisé depuis notre intervention	0	1	1	0	1				3	27%
DOSSIER PATIENT										
Combien d'items n'ont pas-du-tout été utilisés (tous patients confondus)	0	0	0	0	0				0	0%
Combien d'items supplémentaires ont été créés	1	1	2	0	1					suivi biologique, IMC
DIAGNOSTIC EDUCATIF										
Nombre de cas où le diagnostic thérapeutique a été effectué										
En 1 rendez-vous	9	8	1	0	5				23	53%
En plusieurs fois, lors de séances programmées à cet effet	0	0	0	0	0				0	0%
En plusieurs fois, car complétées lors des séances éducatives ultérieures	1	0	7	10	2				20	47%
Nombre de cas où l'étudiant a réaliser une synthèse écrite du diagnostic thérapeutique										
	9	0	0	10	0				19	44%
Nombre de cas où l'étudiant a réalisé la retranscription écrite et la synthèse d'un diagnostic éducatif :										
Tout-de-suite après la séance de rencontre	8	1	3	10	0				22	51%
Dans la même journée	2	3	3	0	5				13	30%
Dans la même semaine	0	4	2	0	2				8	19%
Dans le mois	0	0	0	0	0				0	0%
Après la période d'étude	0	0	0	0	0				0	0%
Temps moyen consacré à la réalisation de la synthèse d'un diagn thérap, en minutes										
	20	*	*	5	*				12,5	
Nombre de cas où la conservation écrite du diagn éducatif a été utilisé pour :										
Aucune des séances éducatives	0	2	0	0	0				2	5%
Certaines des séances éducatives	0	6	0	0	0				6	14%
Toutes les séances éducatives	10	0	8	10	7				35	81%
THEMES DES SEANCES EDUCATIVES										
Thèmes fixés selon le diagnostic éducatif ayant été abordés lors des séances éducatives										
En totalité	6	7	5	10	0				28	65%
De façon partielle, avec plus de la moitié de ces thèmes	4	0	2	0	7				13	30%
De façon partielle, avec moins de la moitié de ces thèmes	0	0	1	0	0				1	2%
De façon minimale, juste 1 thème	0	1	0	0	0				1	2%
Nombre de cas où des thèmes ont du être ajoutés sur la liste initiale de l'étude										
	0	0	0	0	0				0	0%
Séances éducatives ayant répondu aux objectifs thérapeutiques issus du diagnostic éducatif										
Totalement	8	7	5	10	0				30	70%
De façon partielle, avec plus de la moitié des objectifs abordés	2	0	2	0	7				11	26%
De façon partielle, avec moins de la moitié des objectifs abordés	0	1	1	0	0				2	5%
De façon insuffisante, il aurait fallu plus de rendez-vous	0	0	0	0	0				0	0%

Annexes

Nombre de cas où ont été abordés les thèmes suivants (peu importe lors de quelle séance) :									
Connaissance de la maladie	10	8	8	10	7			43	100%
Rôle et effet des médicaments	9	7	8	10	7			41	95%
Mode d'action médicamenteux	8	7	8	10	7			40	93%
Posologie, plan de prise	10	8	8	10	7			43	100%
Voies d'utilisation, appareillage	0	8	0	0	7			15	35%
Génériques	0	8	2	1	0			11	26%
Poly / automédication	9	7	8	10	6			40	93%
Dietétique	10	8	6	4	0			28	65%
Vie quotidienne	10	8	6	10	7			41	95%
Grossesse, allaitement	0	0	0	4	0			4	9%
Evolution de la pathologie	7	8	4	0	6			25	58%
Analyses régulières	10	8	8	0	7			33	77%
Consultation médicale	9	8	8	10	0			35	81%
Surdosage	9	7	2	10	0			28	65%
Oubli	10	7	6	0	3			26	60%
Effets indésirables	6	8	6	7	6			33	77%
Situation d'urgence	9	7	6	10	7			39	91%
Inefficacité thérapeutique	0	7	0	10	1			18	42%
RELATIONNEL PATIENT / EDUCATEUR AU COURS DES SEANCES									
Existence réseau spécialisé	1	1	1	1	1			5	100%
Patients intégrés AVANT l'étude	0	0	0	0	1			1	2%
Les patients ont exprimé au sujet des interventions verbales de l'étudiant									
Un refus, un mécontentement	1	0	0	0	0			1	2%
Un étonnement quant à leur utilité	2	0	0	2	0			4	9%
Une satisfaction par la considération que le pharmacien a envers lui	3	5	7	8	3			26	60%
Aucun sentiment, aucune réflexion	4	3	1	0	4			12	28%
Les patients ont exprimé au sujet des notes prises par l'étudiant									
Un refus, un mécontentement	0	0	0	0	0			0	0%
Un étonnement quant à leur utilité	0	0	0	0	0			0	0%
Une satisfaction par la considération que le pharmacien a envers lui	0	0	0	0	3			3	7%
Aucun sentiment, aucune réflexion	10	8	8	10	4			40	93%
L'éducateur a parlé de ce qui préoccupait le patient									
Totalement	2	7	2	0	3			14	33%
En partie	7	1	5	10	3			26	60%
Pas vraiment	1	0	1	0	1			3	7%
Pas du tout	0	0	0	0	0			0	0%
L'éducateur a pris en compte les particularités du patient									
Totalement	10	8	8	10	2			38	88%
En partie	0	0	0	0	5			5	12%
Pas vraiment	0	0	0	0	0			0	0%
Pas du tout	0	0	0	0	0			0	0%
SUPPORTS PEDAGOGIQUES									
Nombre de patients à qui a été proposé un document à emporter									
Dont ayant Utilisé et intégré ce document dans la prise en charge de son tit (si revus à l'officine)	4	4	4	8	2			22	59%
Dont ayant Refusé ce document	1	0	0	0	0			1	3%
Nombre de patients pr lesquels a été nécessaire un support pédagogique non prévu									
	0	0	1	1	4			6	14%
Nombre de cas où aucun support pédagogique a été utilisé									
	3	0	0	0	0			3	7%
Nombre de patients à qui ont été proposé un tri de boîtes de médicaments et ayant : discussion									
Dont ayant suffisamment pu distinguer leur traitement et son rôle	1	5	3	*	2			11	69%
Dont ayant seulement pu reconnaître les conditionnements externes	0	1	3	*	0			4	25%
Dont ayant commis des erreurs sur le choix des boîtes	0	1	0	*	0			1	6%
Nombre de cas où a été nécessaire une recherche d'informations supplémentaires									
	1	3	1	3	3			11	26%
VOLANT ECONOMIQUE									
Nombre de patients ayant abordés la notion de service payant									
	0	0	0	1	0			1	2%

2 : Résultats des 39 questionnaires patients (QP)

QUESTIONNAIRE PATIENT	moyenne	total	%
Nombre TOTAL de questionnaires posés		39	
CE QUI CONCERNE LES PATIENTS			
Combien de fois par trimestre viennent-ils à la pharmacie :			
1 à 2 fois		6	15%
3 à 4 fois		28	72%
> à 5 fois		5	13%
NSP		0	0%
Avant l'étude, combien avait eu des questions sur leur maladie / traitement?		16	41%
Avant l'étude, combien avait eu une éducation sur leur maladie / traitement :			
Plusieurs fois		4	10%
Au moins 1 fois		9	23%
Non		26	67%
NSP		0	0%
<i>Dont combien ont précisé dans quel cadre?</i>		11	28%
Pourquoi ont-ils accepté de participer à ces séances d'éducation :			
Par confiance à leur pharmacien		14	36%
Par curiosité ou intérêt		11	28%
Pour contribuer à faire avancer la recherche		16	41%
Par occasion de parler plus longuement à un pharmacien		4	10%
D'évoquer un sujet personnel		7	18%
Autre motif		19	49%
DEROULEMENT DES SEANCES D'EDUCATION			
Combien de fois ont-ils rencontré l'étudiant?	2,9		
Durée approximative des séances, moyenne en minutes	34,8		
Combien de patients ont trouvé que la zone d'accueil a convenu?		37	95%
Combien préfèrent un rdv à domicile?		9	23%
Combien ont été satisfaits par les horaires de rdv?		39	100%
Combien ont trouvé la durée des rencontres :			
Longue		0	0%
Adaptée		35	90%
Courte		1	3%
NSP		3	8%
Combien pensent que le nombre de rencontres ont convenu de façon :			
Tout à fait d'accord		30	77%
Plutôt d'accord		8	21%
Plutôt pas d'accord		1	3%
Pas du tout d'accord		0	0%
L'éducateur a abordé tout ce qui vous préoccupait au cours des rencontres :			
Tout à fait d'accord		22	56%
Plutôt d'accord		14	36%
Plutôt pas d'accord		2	5%
Pas du tout d'accord		1	3%
L'éducateur a pris en compte vos particularités au cours des rencontres :			
Tout à fait d'accord		22	56%
Plutôt d'accord		12	31%
Plutôt pas d'accord		5	13%
Pas du tout d'accord		0	0%
Combien ont reçu des documents sur leur maladie / traitement?		27	69%
<i>Dont combien les ont lu?</i>		26	67%
<i>Dont combien :</i>			
<i>Les ont rangé</i>		11	28%
<i>Les ont rangé en évidence</i>		14	36%
<i>Les ont fait suivre à leur entourage</i>		3	8%
<i>Les ont jeté</i>		1	3%

OPINION SUR L'EXPERIMENTATION			
Patients ayant défini un objectif principal fixé avec l'étudiant?		26	67%
Combien n'ont pas apprécié des choses dans ces rencontres?		1	3%
Avis des patients sur le fait que ces séances leur ont apporté des informations :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		22	56%
<i>Plutôt d'accord</i>		10	26%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		6	15%
<i>Pas du tout d'accord</i>		1	3%
Plus particulièrement sur leurs médicaments :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		15	38%
<i>Plutôt d'accord</i>		11	28%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		10	26%
<i>Pas du tout d'accord</i>		3	8%
Sur les surveillances à effectuer :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		16	41%
<i>Plutôt d'accord</i>		9	23%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		9	23%
<i>Pas du tout d'accord</i>		5	13%
Sur les complications de leur maladie :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		13	33%
<i>Plutôt d'accord</i>		9	23%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		10	26%
<i>Pas du tout d'accord</i>		7	18%
Sur les situations d'urgence :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		16	41%
<i>Plutôt d'accord</i>		10	26%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		6	15%
<i>Pas du tout d'accord</i>		7	18%
Sur l'hygiène de vie :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		22	56%
<i>Plutôt d'accord</i>		10	26%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		3	8%
<i>Pas du tout d'accord</i>		4	10%
L'intervention leur a permis une meilleure gestion du traitement			
<i>Tout à fait d'accord</i>		13	33%
<i>Plutôt d'accord</i>		9	23%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		12	31%
<i>Pas du tout d'accord</i>		5	13%
De prendre contact avec des associations ou d'autres professionnels de santé :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		2	5%
<i>Plutôt d'accord</i>		2	5%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		13	33%
<i>Pas du tout d'accord</i>		22	56%
De mieux vivre la maladie / le traitement :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		7	18%
<i>Plutôt d'accord</i>		14	36%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		13	33%
<i>Pas du tout d'accord</i>		5	13%
De communiquer avec leurs proches de leur maladie / traitement			
<i>Tout à fait d'accord</i>		7	18%
<i>Plutôt d'accord</i>		7	18%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		13	33%
<i>Pas du tout d'accord</i>		12	31%
Combien pensent avoir atteint l'objectif fixé avec l'étudiant, parmi ceux en ayant fixé un :			
<i>Tout à fait</i>		16	41%
<i>En partie</i>		14	36%
<i>Pas vraiment</i>		4	10%
<i>Pas du tout</i>		0	0%

Combien ont vu des changements pour leur santé?		21	54%
Changements dans la relation avec leur pharmacien?		11	28%
Changements dans la relation avec leur médecin?		9	23%
Appréciation globale sur ce suivi : combien sont :			
Très satisfaits		23	59%
Plutôt satisfaits		14	36%
Peu satisfaits		2	5%
Pas du tout satisfaits		0	0%
Referaient-ils appel à cette méthode pour autre pathologie?		31	79%
Combien conseilleraient ce mode d'échange à un proche?		37	95%

3 : Résultats des 28 questionnaires médecins (QM)

MEDECINS								moenne	somme	%
STATISTIQUES										
Concernés par rapport aux patients sélectionnés	5	7	9	10	7				38	
Informés de cette étude	5	7	4	10	7				33	
Ayant retourné le questionnaire rempli	4	7	4	7	6				28	85%
Médecins généralistes	4	6	4	6	5				25	89%
Spécialistes	0	1	0	1	1				3	12%
Ayant demandé plus d'infos complémentaires	2	0	1	1	0				4	14%
Ayant cherché à contacter le titulaire de l'officine au sujet de cette étude	0	0	0	0	0				0	0%
Nombre de cas où le patient a parlé de cette intervention à son médecin (estimation)	0	5	0	2	2				9	21%
PROFIL DES MEDECINS INCLUS										
Age								48,5		
Sexe										
Féminin	1	3	0	1	3				8	29%
Masculin	3	4	4	6	3				20	71%
Exercice en milieu										
Urbain	0	7	4	7	3				21	75%
Mixte	4	0	0	0	1				5	18%
Rural	0	0	0	0	2				2	7%
Expérience antérieure en éducation pharmaceutique (hôpital, écoles, ...)										
Plusieurs	0	1	1	4	1				7	25%
Au moins 1 fois	0	1	1	1	1				4	14%
Aucune	4	5	2	2	4				17	61%
Si oui, combien ont détaillé de quoi il s'agit?	0	1	2	4	2				9	32%
Collaboration étroite avec les autres professionnels de santé										
Souvent	4	5	4	6	2				21	75%
Parfois	0	2	0	1	4				7	25%
Rarement ou jamais	0	0	0	0	0				0	0%
Combien ont détaillé cette collaboration?	4	7	4	7	6				28	100%
Nombre de médecin pratiquant une éducation thérapeutique au cours des consultations parmi :										
Médecins généralistes en ville	2	0	1	0	1				4	16%
Médecins spécialistes	*	1	*	1	1				3	100%
Nombre de médecins se consacrant à										
Des associations de malades	0	1	1	1	0				3	11%
Des associations de prévention	0	1	0	2	0				3	11%
Des activités de formation	0	4	2	4	3				13	46%
COLLABORATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE										
Nombre de médecins trouvant la collaboration entre professionnels de santé :										
Très satisfaisante	2	1	1	3	0				7	25%
Plutôt satisfaisante	2	5	2	4	6				19	68%
Peu satisfaisante	0	1	1	0	0				2	7%
Pas-du-tout satisfaisante	0	0	0	0	0				0	0%
AVIS DES MEDECIN SUR L'EXPERIMENTATION										
Nombre de médecins trouvant leurs patients, dans l'ensemble :										
Très satisfaits	0	2	0	2	0				4	14%
Plutôt satisfaits	0	4	3	4	5				16	57%
Peu satisfaits	0	0	0	0	0				0	0%
Pas-du-tout satisfaits	0	0	0	0	0				0	0%
NSP	4	1	1	1	1				8	29%
Nombre de médecins trouvant la répercussion des rendez-vous pharmaceutiques sur leur relation avec les patients :										
Positive	*	2	0	2	4				8	29%
Inexistante	*	5	4	4	2				15	54%
Négative	*	1	0	1	0				2	7%
Nombre de médecins ayant développé une réponse écrite aux questions ouvertes	4	5	4	7	1				21	75%

4 : Résultats des 5 questionnaires titulaires (QT)

TITULAIRES	Nombre de titulaires concernés					moyenne	total	%
PROFIL DES TITULAIRES ET DES 5 OFFICINES								
Age en 2006	57	51	37	34	53	46		
Sexe								
Féminin	0	1	0	1	0		2	40%
Masculin	1	0	1	0	1		3	60%
Exercice en milieu								
Urbain	0	1	1	0	1		3	60%
Mixte	1	0	0	1	0		2	40%
Rural	0	0	0	0	0		0	0%
Nombre de pharmaciens exerçant	5	3	5	2	4	4		
Nombre de préparateurs exerçant	1	3	2	1	7	3		
Estimation de la clientèle fidélisée	80	90	70	80	20	68		
Dont ordonnances (%)	80	82	85	65	80	78		
Dont conseil (%)	20	18	15	35	20	22		
Répartition de la clientèle								
Enfants (%)	15	20	10	25	15	17		
De 15 à 50 ans (%)	20	10	20	25	24	20		
De 50 à 75 ans (%)	50	30	40	25	60	41		
> à 75 ans (%)	15	40	30	25	1	22		
Se consacrant à des activités								
Relatives à des associations de malades	0	0	0	0	0		0	0%
Relatives à des associations de prévention	0	0	1	1	0		2	40%
De formations, formateur	0	0	1	0	0		1	20%
Autres	0	0	0	1	0		1	20%
Ayant une expérience antérieure en éducation pharmaceutique (hôpital, écoles, ...)								
Plusieurs	0	0	0	0	0		0	0%
Au moins 1 fois	0	0	0	0	0		0	0%
Aucune	1	1	1	1	1		5	100%
Combien ont précisé quelle en est la nature?	*	*	*	*	*		0	0%
Temps consacré à chaque patient, en moyenne, avant cette étude, en minutes?	*	15	10	8	13	11		
DEROULEMENT DE L'EXPERIMENTATION								
Ayant aidé l'étudiant dans son projet	1	1	0	0	1		3	60%
Ayant fait des aménagements à l'officine pour favoriser les interventions pharmaceutiques	0	0	1	0	1		2	40%
Dont quel type de modifications :								
Création espace confidentialité	*	*	0	*	0		0	0%
Réservation d'un comptoir à cet effet	*	*	0	*	0		0	0%
Autre	*	*	1	*	1		2	40%
Ayant aménagé des plages horaires pour les prises de rendez-vous	0	0	1	0	1		2	40%
Si oui, ayant choisi ces plages horaires								
En période creuse d'activité	*	*	0	*	0		0	0%
Au hasard	*	*	1	*	1		2	40%
Combien ont expliqué pourquoi?	1	0	1	1	1		4	80%
Pensant que l'organisation de l'officine a été perturbée	0	0	0	0	0		0	0%
Si oui, pharmacien ayant expliqué pourquoi?	*	*	*	*	*		0	0%
Pharmacien ayant accordé des visites à domicile?	1	1	1	0	1		4	80%
Pharmacien ayant expliqué pourquoi oui ou non?	1	1	1	1	0		4	80%
Pharmacien ayant été obligé d'intervenir durant une séance entre l'étudiant et le patient?	0	0	0	0	0		0	0%
Pharmacien ayant expliqué pourquoi oui ou non?	0	0	1	1	0		2	40%
Pharmacien ayant pu mettre en place une collaboration avec d'autres professionnels de santé :								
Systematiquement	0	0	0	0	0		0	0%
Assez souvent	0	0	0	0	1		1	20%
Ponctuellement	1	1	1	0	0		3	60%
Jamais	0	0	0	1	0		1	20%
Pharmacien ayant détaillé lorsqu'ils ont formaliser ces relations?	0	1	1	*	0		2	40%
Pharmacien ayant une opinion sur cette collaboration :								
Très satisfaisante	*	1	0	0	0		1	20%
Plutôt satisfaisante	*	0	1	0	1		2	40%
Peu satisfaisante	*	0	0	1	0		1	20%
Pas-du-tout satisfaisante	*	0	0	0	0		0	0%
Pharmacien ayant détaillé leur avis sur le sujet?	1	0	1	0	0		2	40%
Pharmacien pensant qu'une formation est nécessaire pour effectuer ces rdv?	0	1	1	1	0		3	60%
Pharmacien ayant précisé quel type?	*	1	1	1	*		3	60%
Pharmacien pensant que ce suivi doit être rémunéré?	*	1	1	1	0		3	60%
Pharmacien ayant expliqué pourquoi oui ou non?	1	1	1	1	1		5	100%
Pharmacien pensant que cette activité peut être mise en place au sein de leur officine?	*	1	1	0	1		3	60%
Pharmacien ayant expliqué pourquoi oui ou non?	1	0	1	1	1		4	80%
OPINION SUR L'EXPERIMENTATION								
Pharmacien pensant que leur patient / client ont été :								
Très satisfait	0	1	0	1	1		3	60%
Plutôt satisfait	1	0	1	0	0		2	40%
Peu satisfait	0	0	0	0	0		0	0%
Pas du tout satisfait	0	0	0	0	0		0	0%

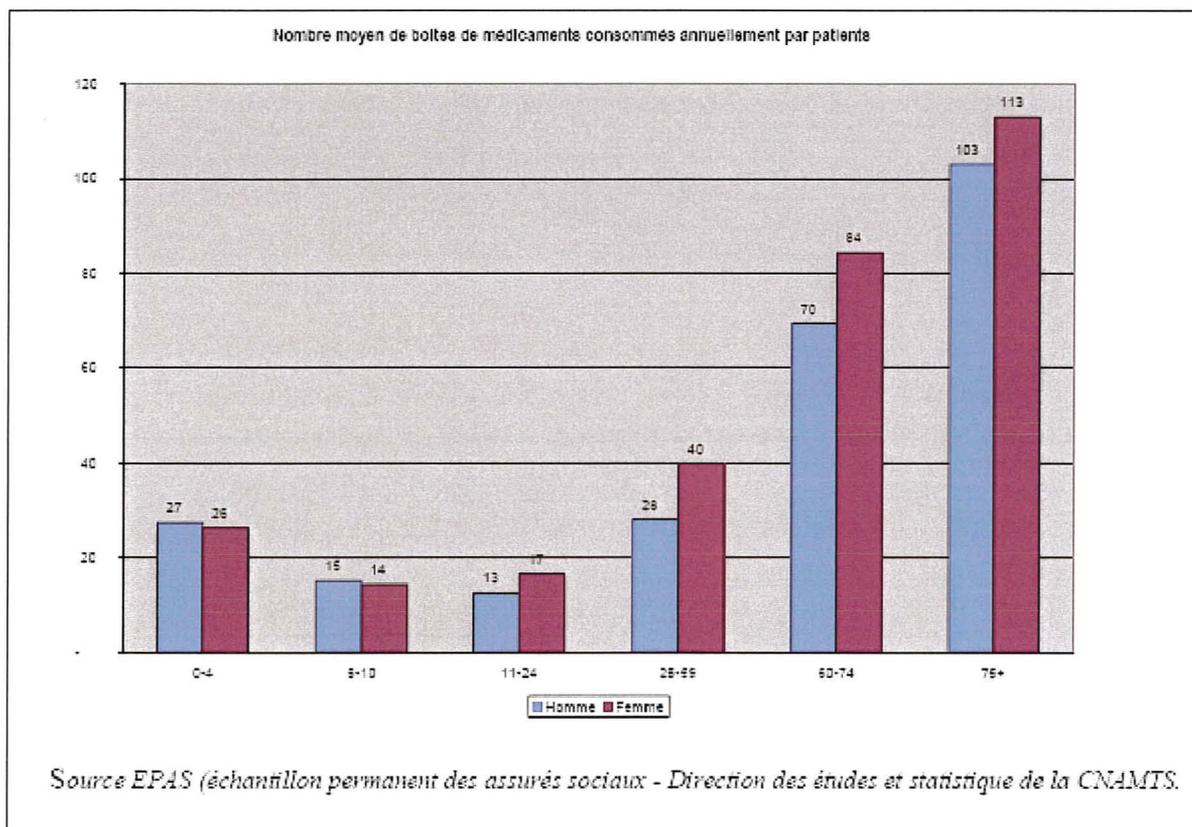
5 : Résultats des 5 questionnaires étudiantes – éducateur – enquêteuses (QE)

ENQUETEUR-EDUCATEUR							moyenne	total	%
PROFIL ETUDIANT									
Nombre d'étudiants									
Age	23	26	24	24	24	24		5	
Ayant déjà travaillé en officine	1	1	1	1	1	1		5	100%
Si oui, combien de temps, en heures	500	645	850	700	1046	748,2			
Formations à l'éducation thérapeutique									
Plusieurs fois	0	0	0	0	0	0		0	0%
Au moins 1 fois	1	1	1	1	1	1		5	100%
Aucune	0	0	0	0	0	0		0	0%
Educations thérapeutiques									
Plusieurs fois	1	0	0	1	0	0		2	40%
Au moins 1 fois	0	1	1	0	1	1		3	60%
Aucune	0	0	0	0	0	0		0	0%
RETOUR D'EXPERIENCE									
Etudiant ayant eu à demander des aides particulières pour répondre à certaines questions?	1	1	0	1	1	1		4	80%
Horaires de rendez convenaient-ils?	1	1	1	1	1	1		5	100%
Durée des rdv est estimée comme									
Longue	1	0	0	0	0	0		1	20%
Adaptée	0	1	1	1	1	1		4	80%
Courte	0	0	0	0	0	0		0	0%
Nombre de rencontres fixées au départ estimé suffisant pour répondre aux questions									
Etudiants n'ayant pas apprécié certaines choses désagréables ou contraignantes	1	1	0	1	0	1		3	60%
Etudiants ayant été mis en difficultés sur le plan moral ou relationnel	0	1	0	0	0	0		1	20%
Etudiants pensant qu'une formation soit nécessaire pour effectuer ces rdv	1	1	1	1	1	1		5	100%
Etudiants pensant que, dans certains cas, un soutien psy pour l'éducateur serait nécessaire	0	1	1	0	1	1		3	60%
Appréciation globale sur l'étude :									
Très satisfait	0	0	0	1	0	0		1	20%
Plutôt satisfait	1	1	1	0	1	1		4	80%
Peu satisfait	0	0	0	0	0	0		0	0%
Pas du tout satisfait	0	0	0	0	0	0		0	0%
Etudiant comprenant mieux les problèmes rencontrés par les patients grâce à cette étude	1	1	1	1	1	1		5	100%
Etudiant conforté quant à l'importance du conseil et de l'éducation thérapeutique en officine	1	1	1	1	1	1		5	100%
RAPPORT BENEFICE / TEMPS CONSACRE									
Rapport bénéfice / temps passé estimé comme étant :									
Suffisant	0	0	1	0	1	1		2	40%
Faible	0	1	0	0	0	0		1	20%
Inexistant	0	0	0	0	0	0		0	0%
Non évaluable	1	0	0	1	0	0		2	40%
Négatif	0	0	0	0	0	0		0	0%
DIAGNOSTIC THERAPEUTIQUE									
L'étudiant a trouvé la réalisation d'un diagnostic thérapeutique :									
Aisée	0	0	0	0	0	0		0	0%
Complexe	1	1	1	1	1	1		5	100%
Impossible	0	0	0	0	0	0		0	0%
DOSSIER PATIENT									
Combien d'étudiants estiment que certaines données sont accessibles directement à l'officine?									
Remplir ce dossier en dialoguant avec le patient (sans questionnement directif) a semblé à l'étudiant :	1	1	1	1	1	1		5	100%
Facile (1 pour OUI, sur 5 étudiants)	1	1	1	1	1	1		5	100%
Complexe (1 pour OUI, sur 5 étudiants)	0	0	0	0	0	0		0	0%
Impossible (1 pour OUI, sur 5 étudiants)	0	0	0	0	0	0		0	0%
L'étudiant est parvenu à remplir ce dossier en dialoguant avec le patient :									
Sans l'aide du dossier papier (1 pour OUI, sur 5 étudiants)	1	0	0	0	0	0		1	20%
En regardant ponctuellement le dossier papier (1 pour OUI, sur 5 étudiants)	0	0	1	1	1	1		3	60%
En lisant régulièrement le dossier papier (1 pour OUI, sur 5 étudiants)	0	1	0	0	0	0		1	20%
Etudiants estimant que certains critères sont délicats à aborder?	0	0	0	0	0	0		0	0%
QUESTIONNAIRES AUX PATIENTS									
Etudiants ayant fait remplir les questionnaires patients :									
De façon croisée entre enquêteurs, par téléphone	8	6	3	9	7	7		33	85%
L'enquêteur lui-même, par téléphone	0	0	1	0	0	0		1	3%
En rendez-vous avec le patient	0	1	3	0	0	0		4	10%
Par échange postal	1	0	0	0	0	0		1	3%
Autre	0	0	0	0	0	0		0	0%
TOTAL QUESTIONNAIRES POSES AUX PATIENTS									
	9	7	7	9	7	7		39	91%

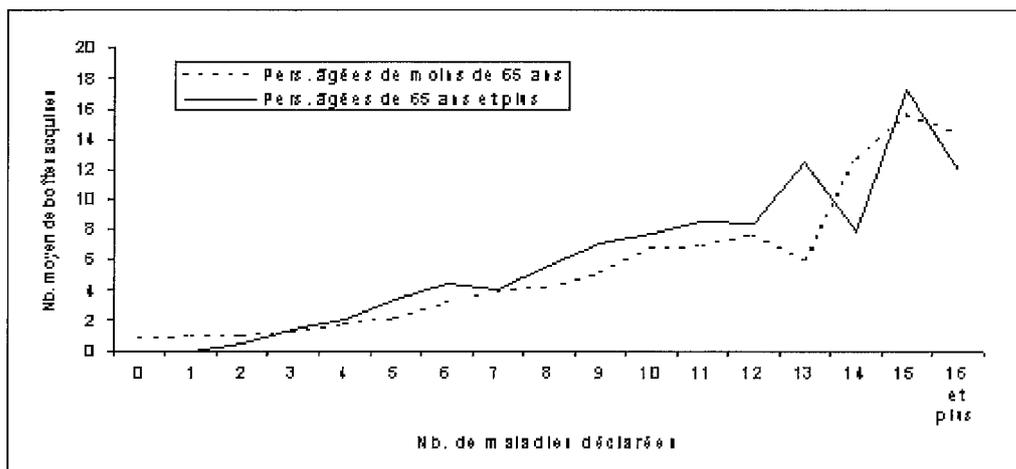
Annexe 19: Enquête décennale santé 2002-2003, INSEE, France métropolitaine, population 18 ans et plus, déclarant au moins une maladie chronique, Nombre moyen de maladies déclarées par genre et groupes d'âge

Groupes d'âges	Maladies chroniques		Maladies non chroniques	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
18-29	1,4	1,6	1,3	1,4
30-44	1,5	1,7	1,4	1,5
45-59	1,9	2,1	1,6	1,7
60-74	2,1	2,6	1,8	1,9
75 et plus	2,6	2,9	1,8	2,1

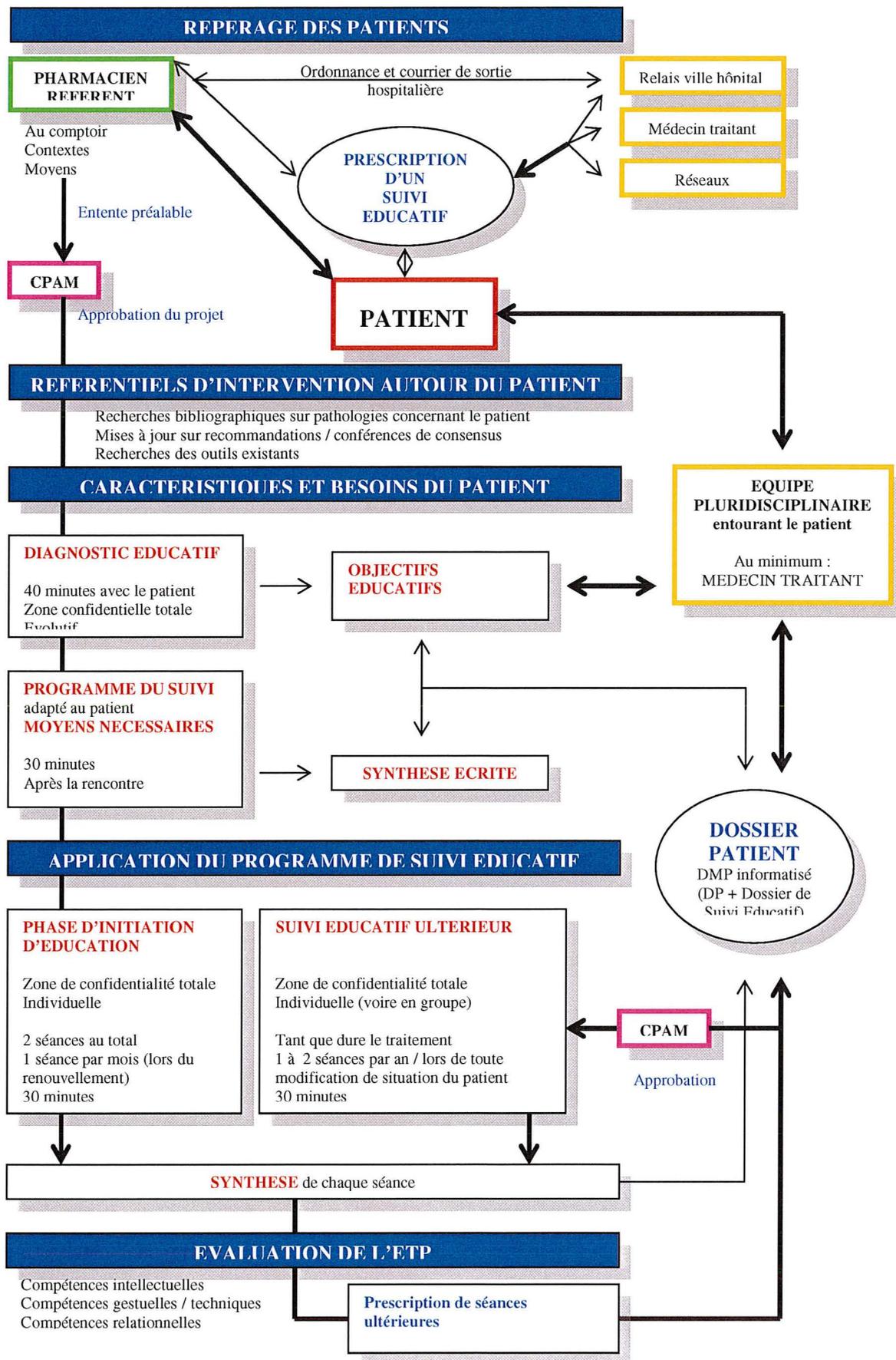
Annexe 20: Nombre moyen de boîtes de médicaments consommés annuellement par patients



Annexe 21 : Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé¹⁹⁰



Annexe 22: Schéma bilan du projet de suivi éducatif du patient



ANNEXES INSUFFISANCE
CARDIAQUE

Annexe IC 1 : Exemples de médicaments apportant plus de 90mg de Na⁺/unité avec les apports par jour à la posologie maximale¹⁹¹

DCI	Exemples de spécialités concernées	Forme	Teneur en Na ⁺ /unité	Na ⁺ total avec posologie maximale
ANTALGIQUES				
Acide acétylsalicyclique	Aspirine Upsa 500 mg, Claragine	Cp eff	368,5 mg/cp	2,331 g/j
Acide acétylsalicyclique ± Vit C ± caféine	Aspirine 500 vit C Oberlin	Cp eff	De 249 à 485 mg/cp	2,331 g/j
Acide acétylsalicyclique + Vit C + glucuronamide	Détovalgine	Cp eff	562 mg/cp	4,496 g/j
Paracétamol ± Vit C ± caféine	Atébryl	Cp eff	De 255 à 557 mg/cp	4,536 g/j
Piroxicam	Inflacod poudre pour solution buvable	Pdne eff 20 mg	241 mg/sach	0,492 g/j
Ibuprofène	Upfen	Cp eff 200 mg	150 mg/cp	0,900 g/j
Ibuprofène	Nurofen eff.	Cp eff 200 mg	647 mg/cp	3,882 g/j
Tramadol	Biodalgic gé, Takadol, Trasdéal gé eff.	gel eff 200 mg, Cp eff	De 206 à 340 mg/cp	1,712 g/j
Carbasalate calcique + métoclopramide	Céphalgon	Pdne eff sach	119,2 mg/sach	0,238 g/j
MEDICAMENTS DIGESTIFS				
Citrate de Na		Gran sach	260 mg/sach	0,560 g/j
Citrate de Bétaine	Citrate de Bétaine Upsa	Cp eff 2 g	450 mg/cp	1,350 g/j
Citrate de choline	Citrocholine	Sol buvable	300 mg/amp	0,300 g/j
Alginate et bicarbonate Na		Susp buvable	145 mg/10 ml	0,870 g/j
Bicarbonate et sulfate Na		Cp eff	411 mg/cp	0,822 g/j
Boldine + sulfate et dihydrogénophosphate Na		Cp eff	470 mg/cp	1,410 g/j
Ranitidine	Raniplex, Azantac	Cp ou gran eff	De 164 à 479 mg/unité	0,658 g/j
Cimétidine	Tagamet, Stomédine	Cp eff	De 423 à 476 mg/cp	1,428 g/j
LAXATIFS				
Sorbitol		Pdne sol buv	277 mg/sach	1,108 g/j
Macrogol 3350 + électrolytes	Transipeg	Pdne sol buv	95-290 mg/sach	0,580 g/j
Ispaghul		Pdne eff susp buv	120 mg/sach	0,360 g/j
ANTI-ASTHÉNIQUES				
Ac ascorbique	Laroscobine eff, Vit C Upsa eff, Vitascorbol..	Cp ou gran eff	De 107 à 283 mg/unité	0,283 g/j
Arginine	Sargenor eff, Sargenor vit C, Eucal..	Cp eff	De 100 à 200 mg/cp	0,800 g/j
Vit C + glucuronamide + caféine	Guronson	Cp eff	616 mg/cp	1,232 g/j
Mutivitaminés		Cp eff	De 234 à 277 mg/cp	0,277 g/j
APPORTS MINÉRAUX				
Calcium	Calcium Sandoz eff..	Cp eff	275 mg/cp	0,570 g/j
Magnésium	Nombreuses spécialités	Cp ou gran eff	De 119 à 332 mg/unité	1,328 g/j
MUCOLYTIQUES				
Acétylcystéine	Exomuc eff, Fluimucil eff..	Cp eff	137 mg/cp	0,411 g/j
Carbocistéine	Rhinathiol adultes	Sirap	97 mg/dose	0,291 g/j
SEDATIFS, HYPNOTIQUES				
Bromogalactoglucuronate Ca	Calcibronte	Cp eff 2 g	241 mg/cp	0,482 g/j
Doxylamine succinate	Donormyl	Cp eff 15 mg	484 mg/cp	0,484 g/j
ANTI-HISTAMINIQUES				
Loratidine	Clarityne eff	Cp eff 10 mg	94 mg/cp	0,940 g/j
ANTIBIOTIQUES				
Erythromycine	Erythrocline oral	Gran sol buv 1 g	130 mg/sach	0,390 g/j
Céfaclor	Alfatil	Cp eff 500 mg	399 mg/cp	1,197 g/j
ALCALINISANTS URINAIRES				
Ac citrique, citrates Na et K		Gran susp buv	200,6 mg/sach	0,802 g/j
TRAITEMENT DE L'HYPERKALIEMIE				
Polystyrène sulfonate Na	Kayexalate	Pdne susp buv	345 mg/c mes	1,380 g/j
ANTITUSSIFS				
Pentoxyvérine citrate	Vicks sirap	Sirap pectoral	180 mg/c à s	0,720 g/j

Annexe IC 2 : Outils du diagnostic éducatif

-Le patient

- Dossier patient (annexe à compléter)

- Rencontre avec le médecin généraliste : fréquence/ confiance
- Rencontre avec le cardiologue : fréquence/ confiance
- Rencontre avec d'autres médecins
- Nombre hospitalisations depuis le début de la pathologie en relation avec l'insuffisance cardiaque
- Analyses biologiques : lesquelles, rôles, fréquence
- Vaccination contre grippe et pneumocoque

- Implication de l'entourage/ niveau d'autonomie (aide à domicile, gélulier, observance)

- Moral : général/niveau d'acceptation de sa santé/ intérêt pour sa santé/besoin soutien moral (assistante sociale)

- Relations sociales modifiées avec amis, entourage → conséquences sur le moral

-Activité/loisir

-Connaissance de la maladie

- le cœur : -rôle/ physiopathologie/ défaillance

- Insuffisance cardiaque : étiologie/ conséquences physiopathologie/ symptômes

- Pathologie au quotidien : Symptômes : essoufflement/fatigue par rapport aux activités du quotidien (escaliers, jardinage, sport, courses) → conséquences au quotidien

-Auto surveillance :

- Poids (rôle, combien de fois par semaine, poids moyen)
- Oedèmes (description des oedèmes, surveillance quotidienne ?)
- Essoufflement (en fonction de l'activité, au repos)
- Tension artérielle (quelles notions possède-t-il ? définition, TA idéale, sa TA moyenne, tensiomètre personnel)
- Pouls (définition, pouls moyen)
- Avez-vous un carnet de suivi

- Connaissance du traitement

-Hygiène alimentaire : connaissances, consommation de sel journalière, aliments riches en sel, pauvre en sel...), consommation liquidienne par jour, alcool, tabac.

-Connaissance des noms des médicaments/ rôles/posologies/ effets indésirables/ automédication/observance en fonction des traitements



Vous souffrez d'une insuffisance cardiaque :

Pour faciliter votre prise en charge, le réseau ville-hôpital Résic 38, coordonne vos soins à domicile

Comment ?

En permettant chez vous et selon vos besoins, une intervention coordonnée entre les **professionnels de votre secteur** :

- ▶ médecin généraliste et cardiologue
 - ▶ infirmière pour une surveillance de vos symptômes
 - ▶ diététicienne pour des conseils alimentaires adaptés
 - ▶ kinésithérapeute pour le maintien d'une activité physique Régulière
- et
- ▶ une action sociale pour vous fournir des renseignements et des aides

 - ▶ des séances d'information en groupe pour aider à mieux comprendre et gérer votre maladie et vos traitements.

Pourquoi ?

- ▶ pour une meilleure surveillance de votre maladie et de votre Traitement

- ▶ pour améliorer votre qualité de vie

- ▶ pour limiter vos hospitalisations

Réseau des Insuffisants Cardiaques

04 76 76 94 96

Web : www.resic38.org / E-mail : resic38@chu-grenoble.fr

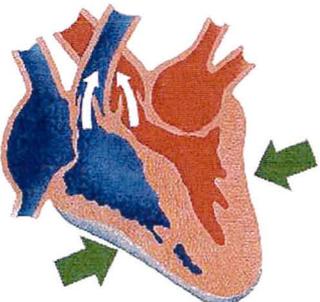
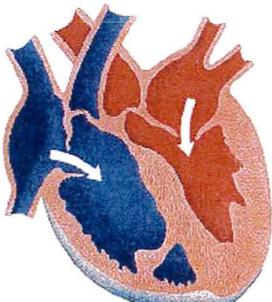
Annexe IC 4 : Le Coeur

Le cœur ?

- Le cœur est un **muscle creux** situé au milieu de la poitrine
- Il a une fonction de **pompe** qui assure un débit de sang dans l'organisme.
- Le cœur est constitué de **quatre cavités** séparées par des **valves** :
 - Les deux **oreillettes** sont les cavités qui reçoivent le sang ;
 - Les deux **ventricules** sont les cavités qui, entourées d'un muscle puissant, permettent l'éjection du sang.
- Les **valves**, systèmes antireflux sont situés entre les oreillettes et les ventricules (**valves auriculoventriculaires**) et entre les ventricules et les artères (**valve aortique et pulmonaire**).

Un muscle qui se contracte et se relâche

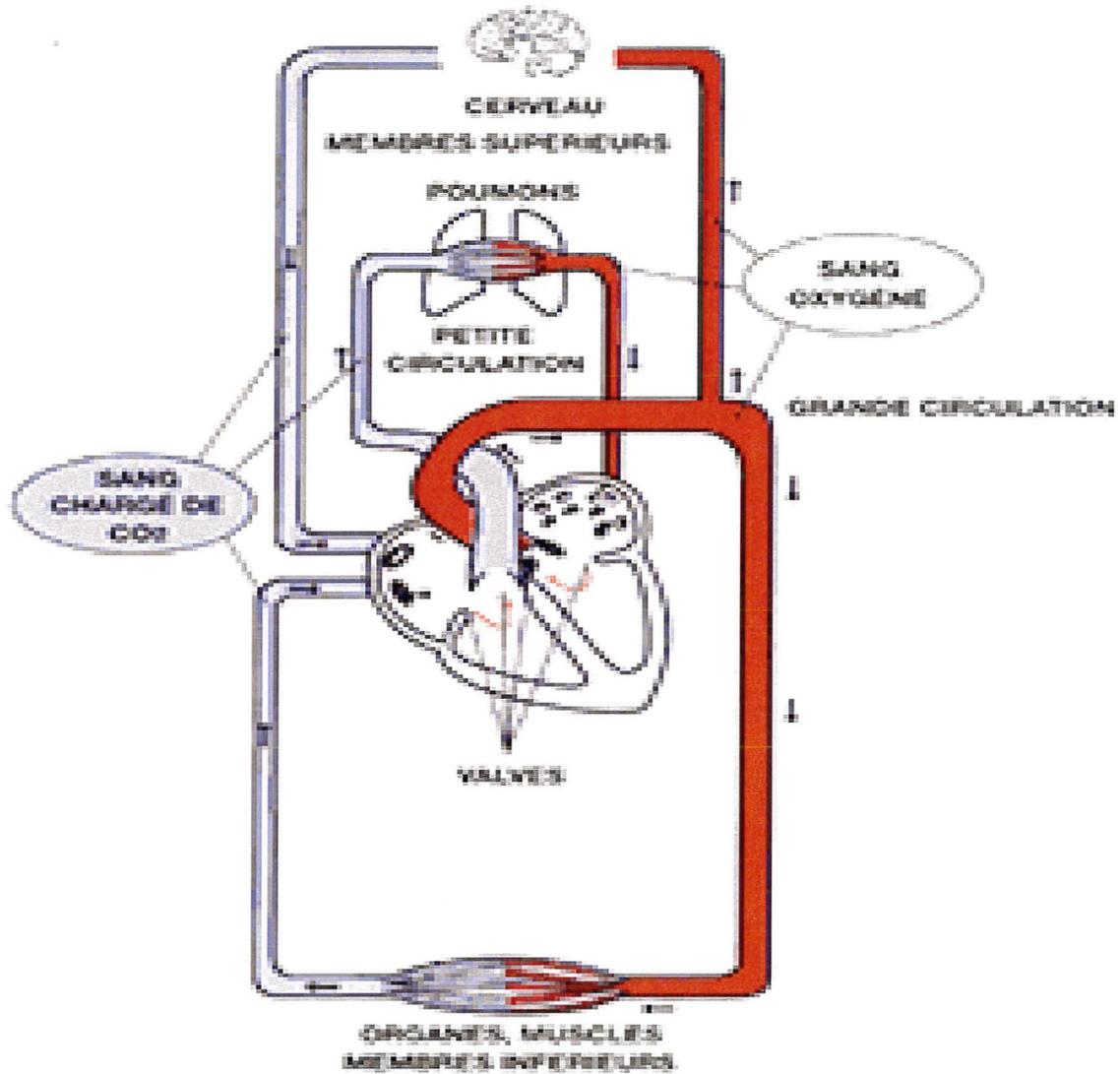
- Le muscle cardiaque **se relâche pour se remplir** de sang (**la diastole**) puis **se contracte pour éjecter le sang** dans la circulation (**la systole**).
- Il répète ce cycle **60 à 90 fois par minute** tout au long de votre vie.

Contraction : systole	Remplissage : diastole
	
<p>le sang est éjectée dans la circulation : le ventricule gauche éjecte le sang oxygéné (représenté en rouge) vers l'aorte et le ventricule droit éjecte le sang appauvri en oxygène (représenté en bleu) vers l'artère pulmonaire</p>	<p>les oreillettes se vident dans les ventricules : en rouge le sang oxygéné dans les poumons revient dans le ventricule gauche; en bleu le sang appauvri en oxygène revient des organes vers le ventricule droit</p>

Un cœur en « bonne santé » s'adapte aux besoins de l'organisme de deux façons : il peut accélérer ou ralentir, et il peut battre plus fort ou moins fort.

Annexe IC 5 : La circulation sanguine

La circulation sanguine



CIRCULATION SANGUINE

Annexe IC 6: Qu'est-ce que l'Insuffisance cardiaque ?

Qu'est-ce que l'insuffisance cardiaque ?

L'insuffisance cardiaque est une **maladie fréquente** qui concerne de plus en plus de patients. C'est une **maladie grave** dont l'évolution est défavorable avec le temps en l'absence de traitement adapté. C'est une maladie **chronique** qui évolue avec des épisodes aigus de déstabilisation pouvant entraîner de nombreuses hospitalisations.

Il existe de **nombreuses causes** et différents mécanismes qui sont responsables du mauvais fonctionnement du cœur :

- **L'hypertension artérielle,**
- **L'infarctus du myocarde,**
- **Les atteintes des valves cardiaques,**
- **Les maladies du muscle cardiaque,**
- **Les troubles du rythme**
- **La consommation d'alcool en excès.**

Une insuffisance cardiaque se déclare lorsque le cœur est affaibli et ne peut plus faire face aux besoins de l'organisme.

La fonction de pompe cardiaque est insuffisante :

- le débit sanguin en aval est diminué : vos organes sont moins bien irrigués, vous ressentez des symptômes tels que fatigue, malaises, hypotension. Le rein est le premier organe qui souffre de la diminution du débit sanguin, cela entraîne une baisse de l'élimination en eau et sel et participe à la constitution des oedèmes.
- le sang s'accumule en amont, cela entraîne :
 - une **congestion pulmonaire** : vous ressentez un essoufflement, cette congestion peut aller jusqu'à l'œdème pulmonaire.
 - une **réétention d'eau** : vous prenez du poids rapidement et observez l'apparition d'œdèmes au niveau de vos jambes.

Les signes d'alerte



Dès les 1^{er} symptômes, j'informe mon médecin

Annexe IC 8 : Apprentissage de l'auto surveillance : les poids, l'essoufflement et les oedèmes sont des paramètres à surveiller !

AUTO SURVEILLANCE

Contacter le médecin en cas de :

- **Prise de Poids rapide sans explication**
- **Essoufflement important**
- **Oedèmes important**

Date :	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	
Mois :...	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
Poids																															
Poids initial :																															
Essoufflement																															
- / + / ++																															
Œdème																															
- / + / ++																															

Annexe IC 9: Plan de prise personnalisé

Plan de prise (à compléter et à adapter au patient)

Traitement de M.....

Date :.....

Médicament de l'I.Cardiaque	Classe	Rôle	MATIN	MIDI	SOIR
	Diurétique de Anse	↓ essoufflement et oedèmes par une diminution rétention eau			
	IEC ; Inhibiteur de enzyme de conversion	Soulagent le travail du cœur en limitant la pression dans les artères et augmentent			
	ARA II : antagonistes des récepteurs à AgII	Soulagent le travail du cœur en limitant la pression dans les artères et augmentent			
	B bloquant	Economisent le cœur et protègent le muscle cardiaque			
	Digoxine	Ralentissent le cœur et renforce sa capacité à pomper			
	Diurétiques anti-aldostérone	↓ essoufflement et oedèmes par une diminution rétention eau			
Autres	Classe	Rôles	MATIN	MIDI	SOIR

Le Régime pauvre en sel de l'insuffisant cardiaque

Il est important de suivre un **régime pauvre en sel (hyposodé)**, cela **diminue la rétention d'eau**.

Les recommandations préconisent un régime pauvre en sel avec

- une consommation journalière de 5 à 6 grammes
- un apport de 1.5 litres par jour de boissons.

Quels aliments choisir pour ne pas dépasser ce taux ?

-Favoriser les aliments pauvres en sel

-Eviter les aliments riches en sel, éviter surtout de les associer ;

-Ne pas resaler en mangeant ;

-Attention le sel est présent de façon naturelle dans l'alimentation. Ainsi la consommation naturelle au quotidien d'aliments dits non salés nous apporte déjà 2g / jour de sel. Il faudra donc en tenir compte lors du calcul de la consommation journalière de sel.

Consommation journalière 5 à 6 g /jour

- Consommation journalière naturelle 2 g / jour
- Il faudra donc calculer le taux de sel sur une base de 3 à 4 g/jour maximum !

Les "sels de régime" ne sont pas recommandés pour les insuffisants cardiaques car contiennent du potassium et peuvent interférer avec les traitements.

En période de déstabilisation de la maladie il est conseillé d'être plus strict sur la restriction en sel et en eau.

Ces conseils doivent être **personnalisés** selon votre maladie et d'éventuels régimes associés.

Annexe IC 11 : Aliments riches en sel



Evitez les médicaments effervescents

Annexe IC 12: Aliments pauvres en sel

LEGUMES FRAIS et SURGELES
(sauf plats cuisinés du commerce).

VIANDES, POISSONS, ŒUFS FRAIS et SURGELES
(sauf plats cuisinés du commerce).

MATIERES GRASSES
Huile, margarine, beurre doux, crème fraîche

FRUITS
Frais, au sirop, compote, fruits secs.

LAITAGES
Lait, yaourt, crème dessert, glace

CEREALES - FECULENTS
Pâtes, riz, pommes de terre, semoule, légumes secs, Pain et biscottes sans sel

BOISSONS
Eaux plates, certaines eaux gazeuses (Na⁺<50 mg/l) : Perrier, Salvetat, San Pellegrino
Thé, café, infusion

SUCRE ET PRODUITS SUCRES
Chocolat, pâtisseries maison, biscuits boudoirs, paille d'or, pâtes de fruit, confiture, miel

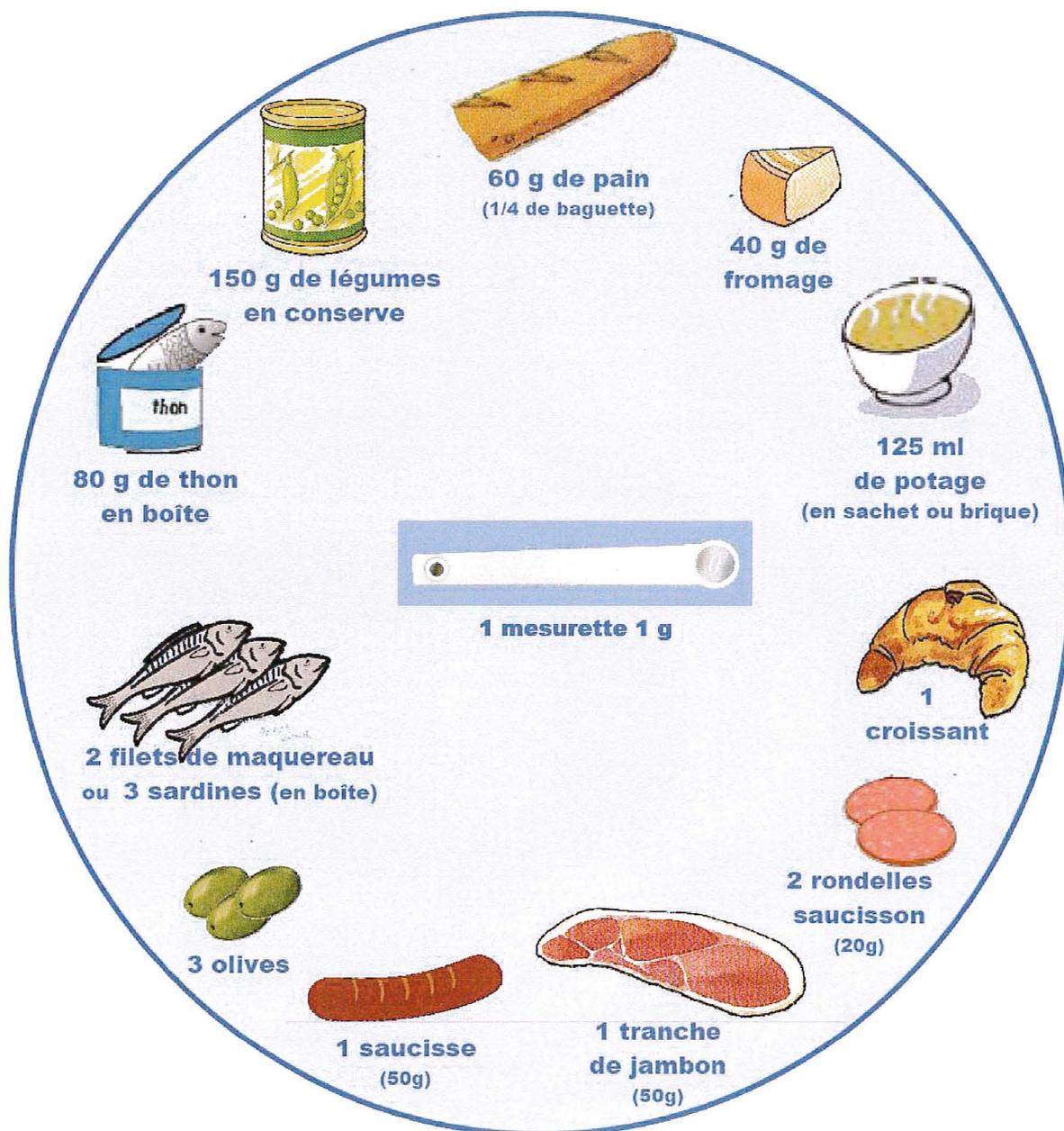
AROMATES
Epices, fines herbes, vinaigre

OLEAGINEUX
Cacahuètes, noix, noisettes, amandes nature

PLATS CUISINES MAISON
Toute préparation sans sel ajouté
Soupe maison

Aliments pauvres en sel à consommer librement

ON TROUVE 1g DE SEL DANS :



Annexe IC 14 : Imagier



Images de Microsoft® Office Online

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

- ¹ A. DJIHOUD, P. MICHEL, JL. QUENON. *et al.* Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. Etudes et résultats de la DRESS n°398, 2005, Paris, ISSN : 1146-9129.
- ² JA . BURY. Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications. : De Boeck-Wesmael, coll. Savoirs et Santé, Bruxelles, 1998.
- ³ F. GIMENEZ, M. BRAZIER , J. CALOP , T. DINE, L. TCHIAKPE. *Pharmacie clinique thérapeutique*. 2^{ème} édition, Edition Masson, 2000. ISBN : 2294007786.
- ⁴ D. ANTIER, C. BRENHEIM , E. DUFAY, MC. HUSSON, E. SCHMITT, E. TISSOT. *Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse*. 1^{ère} Edition, Société Française de Pharmacie Clinique Editeur, Montry, 2006. ISBN : 2-9526010-0-3.
- ⁵ E. SCHMITT. Le risque médicamenteux nosocomial : circuit hospitalier du médicament et qualité des soins. Editions Masson, Paris, 1999.
- ⁶ Rédaction Prescrire. Gérer le risque d'erreur. Eviter l'évitable. Tirer parti des erreurs pour mieux soigner. *La revue Prescrire*, 2005, Suppl. au n°267 ;
- ⁷ Art R.5121-153 du Code de la santé publique, décret n°2004-99 du 29 janvier 2004 relatif aux Bonnes Pratiques de Pharmacovigilance, Editions Dalloz, 2002.
- ⁸ Art R.5121-153 du Code de la santé publique, décret n°2004-99 du 29 janvier 2004 relatif aux Bonnes Pratiques de Pharmacovigilance, mis en conformité à la Directive 2000/38/CE du 5 juin 2000.
- ⁹ DGS et GTNDO. Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique : Définition d'objectifs, 2003 : 161. Disponible sur le site <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/rapportintegral.pdf>
- ¹⁰ P. MICHEL et Coll. L'estimation du risque iatrogène grave dans les établissements de santé en France: les enseignements d'une étude pilote dans la région aquitaine. Etudes et résultats 2003, (219) : 1-8.
- ¹¹ I. ROBERT-BOBEE. Projection de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 : la population continue de croître et le vieillissement se réduit. Insee Première 2006, (1089).
- ¹² P. AURICHE, C. CAULIN, D. VITTECOQ. *et al.* Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. AFSSAPS, Saint Denis, Juin 2005.
- ¹³ TH. LECOMTE. La consommation médicamenteuse en 1991. Evolution 1970-1980-1991. Paris : Credes, 1994.
- ¹⁴ C. GUIGNOT. Enquête Vieillissement de la population, l'ainé de vos soucis. *Le moniteur des pharmacies* 2006 ;(2634).
- ¹⁵ Site Internet : HAS santé. *Consommation Médicamenteuse chez le sujet âgé* [http://www.has-sante.fr/anaes/PresMec.nsf/\(ID\)/BBAB2EAF3FD6A537C125708800476A1D?opendocument](http://www.has-sante.fr/anaes/PresMec.nsf/(ID)/BBAB2EAF3FD6A537C125708800476A1D?opendocument) , consulté en Octobre 2006
- ¹⁶ N.STEYER. La dépression de la personne âgée. Attitudes pratiques. Accessible sur : www.ammppu.org/abstract/geriatrie/depression_pers_agee.pdf, consulté en Octobre 2006
- ¹⁷ Rédaction Prescrire. L'étude épidémiologique française : Eneis approche la part de l'évitable à l'hôpital et en soins ambulatoires. *La Revue Prescrire*, 2005 ; 25, Suppl. 267 : 896-910.
- ¹⁸ C. CHATELAIN-BERNHEIM. Analyse méthodologique du risque nosocomial d'erreur médicamenteuse: à propos de 319 notifications spontanés du Réseau REEM. Thèse mastère spécialisé Gestion des risques dans les établissements de santé, Ecole Centrale Paris, 26 mars 2003 : 61 pages.

¹⁹ Centre hospitalier Charcot

Site : http://www.ch-charcot56.fr/servmed/pharmacie/circuit_medic.htm consulté en Octobre 2006

²⁰ World Health Organization (WHO). Prévention des maladies chroniques : un investissement vital.

Accessible sur : www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/fr/index.html consulté en Octobre 2006.

²¹ N. CALOP. Le positionnement des attentes du patient dans son évaluation de la qualité de l'interaction formative. Actes du 15^{ème} colloque international de l'ADMEE-EUROPE et Congrès annuel de la SSRRE, Lausanne, septembre 2002.

²² P. BUTTET, C. FOURNIER. Prévention et éducation pour la santé, quels rôles pour les médecins et pharmaciens? Baromètre santé médecin /pharmacien, édition INPES, Saint Denis 2005: 65-82. ISBN : 2-708444-86-0.

²³ TAYLOR NELSON SOFRES. Les patients et l'information santé, Rapport d'études, Mars 2003.

²⁴ B. SANDRIN-BERTHON. Eduquer un patient comment être plus performant? *La revue du praticien. Médecine Générale*, 2001, 15 (549) : 1727-1730.

²⁵ D.S. BRODY. The patient's role in clinical decision-making. *Annals of internal Medecine*, 1980; 93(5): 718-22.

²⁶ DW. BATES, N. SPELL, DJ. CULLEN, E. BURDICK, N. LAIRD, LA. PETERSEN *et al.* The costs of adverse drug events in hospitalized patients. Adverse Drug Events Prevention Study Group. *JAMA*, 1997; 277(4):307-311.

²⁷ R. BORDET, S. GAUTIER, H. LE LOUET, B. DUPUIS, J. CARON. Analysis of the direct cost of adverse drug reactions in hospitalised patients. *Eur J Clin Pharmacol*, 2001; 56:935-941.

²⁸ T. DUPIN-SPRIET. La consultation pharmaceutique : une innovation australienne au service des patients et de la qualité à l'officine, Note de synthèse, Lille II, 14/10/2002.

²⁹ WHO. Santé mentale: renforcement de la promotion de la santé mentale : Aide mémoire n°220, 2001.

Disponible sur le site : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/> consulté en octobre 2006.

³⁰ D. ABOUSSAFY, M. BALTER, G. GODIN, K. LAVOIE, S. KOLEY. La psychologie du compromis : le point sur l'asthme. L'association pulmonaire. 2004.

³¹ R. SMITH. Migraine's Impact on the family. *Headache, the Newsletter of ACHE*, 1997 ; 8, (2).

Site: <http://www.achenet.org/articles/60.php>.

³² S. MOSCOVICI. La psychanalyse, son image et son public. 2^{ème} édition. PUF, Paris ,1976. ISBN : 2130339482

³³ J.M. SECA. Les représentations sociales. Armand Colin, Paris ,2001. ISBN : 2200265069.

³⁴ P-Y. TRAYNARD, R. GAGNAYRE, J-F. D'IVERNOS. La démarche éducative : former un patient compétent. *Impact médecin hebdo.* , 2001 ; (525) : 6.

³⁵ A. LACROIX, J-PH. ASSAL. L'éducation thérapeutique des patients, nouvelle approche de la maladie chronique, Ed Vigot, PARIS, 1998. ISBN : 2711413810

³⁶ A. LACROIX. Comportements liés aux phases d'acceptation d'une maladie. Comité départemental d'éducation pour la santé, Codes 1996. CYES des Yvelines
Accessible sur : www.cyes.info consulté en Octobre 2006

³⁷ D.A. RUZICKI. Relationship of participation Preference and Health Locus of Control, *in Diabetes Education Care*, 1984, 7 : 372-377.

Bibliographie

- ³⁸ I. ROSENSTOCK., V.J. STRECHER, M. BECKER. Social Learning and the Health Belief Model. *Health Educ. Quart.* ; **15** (2) : 175-183.
- ³⁹ OMS. Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé. 21 novembre 1986.
- ⁴⁰ Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^{ème} siècle. 4^{ème} Conférence Internationale sur la Promotion de la Santé, Jakarta 21 - 25 Juillet 1997.
Accessible sur : www.cyes.info/themes/promotion_sante/declaration_jakarta.php consulté en Octobre 2006.
- ⁴¹ DGS. Circulaire N° DGS/SD6/2001/504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux de la santé (texte non paru au journal officiel).
Accessible sur : www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2001/01-50/a0503312.htm consulté en Octobre 2006.
- ⁴² A. DECCACHE. L'éducation du patient en Europe : plus de 20 ans d'évolution constante. In : Edition CFES eds. Séminaire sur l'éducation pour la santé des patients, juin 1989, 1992 : 30.
- ⁴³ C. FOURNIER, D. MISCHLICH, A. DECCACHE. Les pratiques en éducation du patient dans les établissements de santé français en 1999. Enquête de la Direction générale de la Santé, rapport juillet 2000
Accessible sur : www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/enqhosp.htm consulté en Octobre 2006.
- ⁴⁴ P. FIVIAN, C. GUIRAUDOU. Education thérapeutique et maladie chroniques en pédiatrie, Etat des lieux régional du CRES de la Région PACA. CRES-PACA, Marseille, 2005.
- ⁴⁵ R. GAGNAIRE, PY. TRAYNARD, J-F. D'IVERNOIS. L'éducation du patient. *Impact Médecin Hebdo*, 1998 ; (404):V.
- ⁴⁶ A. DECCACHE. Quelles pratiques et compétences en éducation du patient ? Recommandations de l'O.M.S. *La Santé de l'homme*, 1999 ; (341) :12-14.
- ⁴⁷ Conseil national du réseau (CNR). Texte du Conseil national du réseau à l'attention des décideurs - février 2000. Accessible sur : <http://www.ephora.fr/definitions.htm> consulté en Octobre 2006.
- ⁴⁸ A. DECCACHE, E. LAVENDHOMME. Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes. Coll. "Savoirs et Santé", De Boeck-Wesmael, Bruxelles, 1989 : 44-45.
- ⁴⁹ M. VACARIE. L'éducation thérapeutique du patient. Mars 2000 Direction Générale de la Santé, Bureau des Maladies chroniques, enfants et vieillissement.
Accessible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/index.htm> consulté en Octobre 2006.
- ⁵⁰ Direction générale de la Santé (DGS). Actualité de la réflexion sur l'éducation thérapeutique:rapport du groupe de travail de la DGS. Paris : DGS, 2001.
Accessible sur : www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/notinte.htm consulté en Octobre 2006.
- ⁵¹ J-P. ASSAL. Traduction française du document OMS de 1998, janvier 1999.
- ⁵² World Health Organization. Therapeutic patient education. Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of WHO Working group, 1998
- ⁵³ G. LÉBOUBE, A. PRINGENT. Document de synthèse du groupe de travail régional sur l'éducation thérapeutique du patient : cadre général et recommandations régionales. Schéma Régional D'Education Pour la Santé de Franche-Comté. 2003.
- ⁵⁴ D. ADLER. Apprendre la santé et comprendre sa maladie pour prendre en main son traitement. *Médecine et hygiène*, 2000 : 1246-1249.

Bibliographie

- ⁵⁵ N. FONTENELLE. Vous êtes prêts à vous engager. *Le moniteur des pharmacies*, 2006 ; (2616) : 8-9
- ⁵⁶ NC. MORROW, P. SPEEDY, C. TOTTEN. Health education perspectives incontinuing education programmes for pharmacists. *Health Education Journal*, 1986 ; 15, (3):166-170.
- ⁵⁷ Académie nationale de la santé. Le pharmacien et la santé publique en France. Ministère de la santé et des solidarités, octobre 2005
- ⁵⁸ KA. HUNTER, BG. BRYANT. Pharmacist provided education and counseling for managing pediatric asthma. *Patient education and counseling*, 1994 ; 24 : 127-134.
- ⁵⁹ J. O'LOUGHLIN. *et al.* The role of community pharmacists in health education and disease prevention : a survey of their interests and needs in relation to cardiovascular disease. *Preventive Medicine*, 1999; 28 : 324-331.
- ⁶⁰ S. D. PRUITT, R. BENGEOA, R. BEAGLEHOLE *et al.* Former les personnels de santé du XXIème siècle : le défi des maladies chroniques. OMS 2005, Genève (Suisse). ISBN : 9242562807
- ⁶¹ A. DECCACHE, Éducation pour la santé : reconnaître les "nouveaux rôles" des médecins et pharmaciens. Dossier médecins, pharmaciens : les nouveaux éducateurs ? La santé de l'homme, 2005 ; (376) : 9-13.
- ⁶² Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Le rapport 2005
- ⁶³ B. ALLENET, A-M. GUIGNON, P. MAIRE, J. CALOP. Intégration des représentations de la personne âgée face à ses médicaments pour améliorer son observance. *J Pharm Clin*, 2005 ; 24 (3) : 175-179.
- ⁶⁴ C. TORCHON. La perception du pharmacien par le grand public : enquête auprès de 262 personnes de la région grenobloise. Thèse de doctorat en pharmacie n°ordre 7015, faculté de Grenoble, 29/04/2002.
- ⁶⁵ A.J.M. HOECK. Déclaration d'appui: fédération internationale pharmaceutique. Former les personnels de santé du XXIème siècle : Le défi des maladies chroniques. OMS 2005, Genève (Suisse). : 5-6 ISBN : 9242562807.
- ⁶⁶ S. JACQUEMET, A. CERTAIN. Education thérapeutique du patient : rôles du pharmacien. Bulletin de l'ordre 2000 ; (367) : 269-275.
- ⁶⁷ DRASS/DASS d'Aquitaine. Schéma régional d'éducation pour la santé Education thérapeutique Guide pour un projet d'éducation du patient.
- ⁶⁸ R. GAGNAYRE, P-Y. TRAYNARD. Définir l'éducation thérapeutique d'un patient. *Impact Médecin Hebdo*, 1998 ; (404): 3-12.
- ⁶⁹ Définition du réseau. Présentation de la CNR (coordination générale des Réseaux). Accessible sur : www.cnr.asso.fr consulté en Octobre 2006.
- ⁷⁰ Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Les actes de la journée nationale des réseaux diabète. 30 janvier 2002. Accessible sur : www.sante.gouv.fr/htm/publication/dhos/diabet/diabet.pdf consulté en Octobre 2006.
- ⁷¹ B.M. BARTH. Le savoir en construction. Former à une pédagogie de la compréhension. Coll. Pédagogie, Paris, Retz, 1993. ISBN : 2725614996
- ⁷² J-J. GUIBERT. L'ensorcelante ambiguïté de « savoir, savoir-être et savoir-faire. ». *Pédagogie Médicale Revue internationale francophone d'éducation médicale*, 2001 ; 2 : 23-25.
- ⁷³ CNAMTS, DHOS, PERNNS. Typologie descriptive de l'activité d'éducation thérapeutique en groupe dans le cadre de la prise en charge de l'asthme et du diabète. Rapport de synthèse. Février 2002.

⁷⁴ Association des diététiciens de langue française. Recommandations pour la pratique clinique : la consultation clinique réalisée par le diététicien en partenariat avec la Haute Autorité de Santé –Recommandations de janvier 2006.

Accessible sur : www.anaes.fr consulté en Octobre 2006.

⁷⁵ N. BRUN-CALOP., Explicitation des attentes éducatives du patient vis-à-vis de l'acteur de santé, Le cas du patient âgé chronique sous AVK, Thèse de Doctorat de l'Université, PMF Grenoble II, 15/12/2004

⁷⁶ B. CHARLOT., Négociations des besoins, nécessité ou impasse? Education permanente, 1976 ; 34, 17-33.

⁷⁷ ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier patient : Réglementations et recommandations. Fascicule 1, Juin 2003.

⁷⁸ ANAES. Service évaluation des pratiques. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier patient : Réalisation pratique de l'audit clinique. Fascicule 2, Juin 2003.

⁷⁹ Pharmacie de l'hôpital Tenon, chef de service Annie Becker, « L'acte de dispensation »

Accessible sur : <http://cisih-paris-est.ap-hop-paris.fr/presentation/pharmacieTNN> consulté en Octobre 2006

⁸⁰ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. L161 et suivants du Code de la sécurité sociale. Journal Officiel du 17 août 2004.

⁸¹ GIP-DMP. Le dossier médical personnel : Questions/ Réponses, DMP et expérimentation. Janvier 2006

⁸² GIP-DMP. Le dossier médical personnel : Questions/ Réponses, Les acteurs du DMP. 2006

⁸³ GIP-DMP. Le dossier médical personnel : Questions/Réponses, Environnement du patient. 2006

⁸⁴ J. SAURET, S. YRLES. Le DMP, un outil pour réduire la iatrogénie. Info DMP : La lettre des acteurs du DMP. GIP-DMP, 2006 ; (1): 2.

⁸⁵ M. VANDENDRIESSCHE. Les pharmaciens disent oui au dossier pharmaceutique. *Quotidien du médecin*, 2006.

⁸⁶ GIP-DMP. Le dossier médical personnel : Questions/Réponses, Le contenu du DMP. Mars 2006

⁸⁷ S. MOSCOVICI. La psychanalyse, son image et son public. 2^{ème} édition. PUF, Paris, 1976.

⁸⁸ Ordre des pharmaciens. DP et DMP : des avancées. *Les Nouvelles pharmaceutiques*, n°323, septembre 2006-10-23

⁸⁹ Editorial de la Lettre des Nouvelles Pharmaceutiques N°320, juin 2006.

⁹⁰ J-F. D'IVERNOIS, R. GAGNAYRE. Apprendre à éduquer le patient : Approche pédagogique. 2^{ème} Edition, Ed. Maloine, 2004. ISBN : 2-224-02803-2

⁹¹ P. LE VAILLANT, I. MOLLE. Malade chronique, comment appliquer une démarche éducative ? *La revue du praticien, Médecine générale*, 2004 ; 18 : 1115-1116.

⁹² P. VERMERSCH, M. MAUREL. Pratiques de l'entretien d'explication, ESF, PARIS, 1994. ISBN : 2-7101-1232-9.

⁹³ P. DAMOISEAUX, A. LACROIX, J-P. ASSAL. Enseignement des diabétiques : évaluation des questions posées aux malades par les soignants et utilité d'une analyse pédagogiques, *Diabetes Metab.*, 1985 ; 11 : 9-14.

⁹⁴ ANAES -Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en santé. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins, Paris : ANAES ; 2000.

Bibliographie

- ⁹⁵ ANAES- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. L'éducation thérapeutique des patients asthmatiques adultes et adolescents, la démarche éducative pour les patients asthmatiques. Recommandations pour la pratique clinique.
Disponible sur : www.anaes.fr consulté en Octobre 2006.
- ⁹⁶ E. BIDAT, B. ROSSIGNOL. L'essentiel sur l'éducation de l'enfant asthmatique. Serveur interactif sur l'air, la respiration et les maladies respiratoires
Accessible sur : www.respi.com consulté en Octobre 2006.
- ⁹⁷ F. AMIEL-LEBIGRE, M. GOGNALON-NICOLET. Entre santé et maladie, PUF, Les champs de la santé, PARIS, 1993 ; 176.
- ⁹⁸ IW. GREEN, MW. KREUTER, SG. DEEDS, K.B. PATRIGE. Health education planning : a diagnostic approach, Mayfield Publishing Company, Mountain View, Ca, 1980.
- ⁹⁹ M. KNOWLES. Self directed learning, a guide for learners and teachers, New York, Cambridge-Book, Co., 1975.
- ¹⁰⁰ J-P. ASSAL, A. LACROIX. La technique des objectifs dans la prescription médicale et l'enseignement aux malades. Education Permanente 1986 ; (86) : 137-152.
- ¹⁰¹ B.S. BLOOM. *et al.* Taxonomie des objectifs pédagogiques. Domaine cognitif, Trad.M. Lavallée, Montréal, éducation nouvelle, 1969.
- ¹⁰² S.M. DUNN, J.R. TURTLE. Education : the diabetes, annual/4, 1988 : 144-161.
- ¹⁰³ F. LEMONNIER, J. BOTTERO, I. VINCENT, C. FERRON. Référentiel des critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé. 2003. Référence : 126-05118-L.
Accessible sur le site : www.cfes.sante.fr/pedagotheque/pdf/referentiel.pdf. Consulté en Octobre 2006.
- ¹⁰⁴ J-J. GUILBERT. Guide pédagogique pour les professionnels de santé, OMS, Genève, 1991.
- ¹⁰⁵ J. BERREWAERTS, F. LIBION., A. DECCACHE. Quels critères et indicateurs d'évaluation sont à privilégier en éducation pour la santé en milieu de soins ? UCL-RESO, Unité d'éducation pour la santé. Dossier technique 03-23.
- ¹⁰⁶ Groupe des URCAM référent « Education thérapeutique du patient » avec A Prigent, et le Dr G Leboube. Unités transversales d'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques : Recommandations d'organisation et cahier des charges. Décembre 2005 : 1-12.
- ¹⁰⁷ IPCEM. La reconnaissance de l'activité d'éducation thérapeutique. Résumé des communications journée de l'IPCEM, juin 2002 : 25-27.
- ¹⁰⁸ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Direction de la sécurité sociale. Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS n°2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé. Bulletin officiel n°2003-3.
- ¹⁰⁹ R. GAGNAYRE, M.T. MALAVAL. Questions à propos de l'éducation thérapeutique.
Accessible sur : www.ipcem.org consulté en Octobre 2006.
- ¹¹⁰ European Society of Cardiology. The task force on heart failure of the European Society of Cardiology. Guidelines the diagnosis of heart failure. Eur Heart J 1995; 16: 741-751.
- ¹¹¹ G. JONDEAU, F. CHIKLI, C. GUITI. Insuffisance cardiaque. Guide pratique de cardiologie, chapitre 10. Paris : MMI éd. : Masson ; 2002. p 193-205
- ¹¹² A. MOSTERD, AW. HOES, MC. DE BRUYNE, et al. Prevalence of heart failure and left ventricular dysfunction in the general population. Eur Heart J 1999; 20: 447-55

Bibliographic

-
- ¹¹³ PA. Mc KEE, WP. CASTELLI, PM. Mc NAMARA, et al. The natural history of congestive heart failure: the Framingham study. *N Engl J Med* 1971; 285: 1441-6
- ¹¹⁴ F. BOULAY et al. Seasonal variation in chronic heart failure hospitalizations and mortality in France. . *Circulation* 1999;100: 280-286.
- ¹¹⁵ MR. COWIE et al. The epidemiology of heart failure. *Eur heart J* 1997; 18: 208-225.
- ¹¹⁶ L. TAVAZZI. Epidemiological burden of heart failure. *Heart* 1998; 79 (suppl.2): 6-9.
- ¹¹⁷KKL et al. The epidemiology of heart failure: the Framingham study.*J Am Coll Cardiol* 1993; 22 (suppl. A): 6-13.
- ¹¹⁸ H. ERIKSON et al. Risk factors for heart failure in the general population: the study of men born in 1913. *Eur Heart J* 1989; 10: 647-656.
- ¹¹⁹ M. KUPARI al. Congestive heart failure in old age : prevalence, mechanisms and 4-year prognosis in the hesinki ageing study » *J Intern Med* 1997 ; 241 : 387-394
- ¹²⁰ F. ZANNAD et al. Incidence, clinical and etiologic features, and outcomes of advanced chronic heart failure : the EPICAL study » *J Am Coll Cardiol* 1999 ; 33 (3) : 734-742.
- ¹²¹ EF.PHILBIN et al. Clinical outcomes in heart failure: report from a community hospital-based registry » *Am J Med* 1999; 107: 549-555.
- ¹²² E. DUMONT, A. RIBIER. Dossier insuffisance cardiaque –Revue Prescrire nov 2000/ Tome 20 N°211 p 772
- ¹²³ D LEVY, S. KENCHIAIAH, MG. LARSON, et al. Long term trends in the incidence of and survival with heart failure. *N Engl J Med* 2001 ; 347 :1397-1402.
- ¹²⁴ Classification de l'Association cardiologique américaine de New-York (NYHA)
- ¹²⁵ Rédaction Prescrire. The task force on heart failure of the European Society of Cardiology: Guideline for the diagnosis of heart failure. Extrait Dossier Insuffisance cardiaque n 211 p769-773 de Prescrire, *Eur Heart J* 1995 ; 16 : 741-751
- ¹²⁶Rédaction Prescrire. Consensus recommendations for the management of chronic heart failure. Extrait Dossier Insuffisance cardiaque, n° 211 :769-773 de Prescrire *Am J Cardiol* 1999; 83 (suppl.A); 1-38.
- ¹²⁷ Rédaction Prescrire. ACC/AHA task force report:Guidelines for the evaluation and management of heart failure-Report of the American College of cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines (Committee on evaluation and management of heart failure). Extrait Dossier Insuffisance cardiaque; n°211:769-773 de Prescrire : *JACC* 1995; 26 (5): 1376-1398.
- ¹²⁸ Rédaction Prescrire. The task force of the working group on heart failure of the European Society of Cardiology”The treatment of heart failure”. Extrait Dossier Insuffisance Cardiaque n 211 p769-773 de Prescrire: *Eur Heart J* 1997; 18: 736-753.
- ¹²⁹ WH. GAASCH. Diagnosis and treatments of heart failure based on left ventricular systolic and diastolic dysfunction. *JAMA* 1994 ; 1276-1280
- ¹³¹ JC. TARDIF et JL. ROULEAU. Diastolic dysfunction. *Can J Cardiol* 1996 ; 12 (4) : 389-398
- ¹³² RS. VASAN et al. Prevalence, clinical feature and prognosis of diastolic heart failure: an epidemiologic perspective. *J Am Coll Cardiol* 1995 ; 26 (7) : 1565-1574.
- ¹³³ L'insuffisance cardiaque droite et l'insuffisance cardiaque gauche. Site <http://www.e-cardiologie.com> visité le 06-06-06

Bibliographie

-
- ¹³⁴ G. VANZETTO. Insuffisance cardiaque de l'adulte, octobre 2002, mise à jour janvier 2005.
Site : www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/cardio/ic/250b/lecon250b.htm consulté en octobre 2006
- ¹³⁵ J. JAN. L'insuffisance cardiaque. Livre de cardiologie. Edition Masson 2005 :137-166
- ¹³⁶ V. FATTORUSSO, O. RITTER. Vademecum clinique: du diagnostic au traitement. 16ème édition. Paris : Masson ; 2001.
- ¹³⁷ A. GALINDO-FRAGA, O. ARRIETA, L. CASTILLO-MARTINEZ, et al. Elevation of plasmatic endothelin in patients with heart failure. Arch Med Res 2003; 34: 367-372.
- ¹³⁸ PH. ACAR et J-S HULOT. L'insuffisance cardiaque. Réussir l'ECN, tome de cardiologie. Edition Ellipse Août 2005 : 46-370
- ¹³⁹ P. CLIVE, J. CURTIS, M SUTTER, et al. Les mécanismes compensateur neuro-hormonaux extrinsèques impliqués dans l'insuffisance cardiaque congestive Pharmacologie intégrée. De Boeck Université année .Edition 1999 :172 ISBN : 2-7445-0015-1
- ¹⁴⁰ Recommandation de la SFC. Insuffisance cardiaque et cardiomyopathie. Archive des maladies du cœur et des vaisseaux, tome 99, n°2 (suppl), avril 2006.
- ¹⁴¹ Y. JUILLERE, E. CUZIN. L'insuffisance cardiaque : le cœur à bout de souffle. Edition Belin 2006. ISBN : 2841982637
- ¹⁴² Recommandations de la SFC. Diagnostic et traitement de l'Insuffisance cardiaque chronique. Archives des maladies du cœur et des vaisseaux tome 95, n°spécial II, février 2002 :21-22
- ¹⁴³ Centre régional de pharmacovigilance et de renseignement sur le médicament de Picardie. Pourquoi faut-il tenir compte de la quantité de sodium apporté par les médicaments. Décembre 2005.
Site : www.Centres-pharmacovigilance.net/amiens/vigipharm_decembre_2005.pdf visité le 10/07/06
- ¹⁴⁴ P. GIANUZZI, PI. TEMPORELLI, U CORRA, et al. Attenuation of unfavourable remodelling by exercise dysfunction (ELVD) trial. Circulation 1997; 96: 1790-7.
- ¹⁴⁵ R. HAMBRECHT, S. GIELEN, A. LINKE, et al. Effects of exercise training on left ventricular function and peripheral resistance in patient with chronical heart failure. A randomised trial. JAMA 2000; 283: 3095-101.
- ¹⁴⁶ Rédaction Prescrire. Les médicaments de l'Insuffisance cardiaque chronique. Rev Prescrire 2001 ; 21 (214) :126-139
- ¹⁴⁷ M. FLATHER, S. YUSUF, L. KOBER, et al. Long term ACE-inhibitor therapy in patients with heart failure or left ventricular dysfunction: a systematic overview of data from individual patients. ACE-Inhibitor Myocardial Infarction Collaborative Group. Lancet 2000; 355: 1575-81
- ¹⁴⁸ K. UMEMURA, M. NAKASHIMA, L. SARUTA. Thromboxane A2 synthetase inhibition suppresses cough induced by angiotensine converting enzyme inhibitors. Life sci 1997; 60: 1583-8.
- ¹⁴⁹ J. BAYLISS, M. NORELL, R. CANEPA-ANSON, et al. Untreated heart failure: clinical and neuro-endocrine effects of introducing diuretics. Br Heart J 1987; 57: 17-22.
- ¹⁵⁰ F. JONDEAU, F. BEAUVAIS, C. CHIKLI, et al. Insuffisance cardiaque. Guide pratique de cardiologie, chapitre 10. Paris : MMI éd. : Masson ; 2002. p 193-205.
- ¹⁵¹ Recommandations de la SFC. Diagnostic et traitement de l'ICC. Archives des maladies du cœur et des vaisseaux tome 95, n°spécial II, février 2002.
- ¹⁵² www.Thérique.org consulté en Octobre 2006

Bibliographie

- ¹⁵³ K.S. CHANNER, MCLEAN, P. LAWSON-MATTHEW, et al. Combination diuretic treatment in severe heart failure: a randomised controlled trial. *Br Heart J* 1994; 71: 146-50.
- ¹⁵⁴ Prescrire Rédaction. Sartans et insuffisance cardiaque. *Rev Prescrire* 2005 ; 25 (261) :373
- ¹⁵⁵ Haute Autorité de Santé. Place pour le Candesartan dans l'insuffisance cardiaque ? Mars 2006
- ¹⁵⁶ S. YUSUF, M.A. PFEFFER, K. SWEDBERG, et al. Effect of candesartan in patients with chronic heart failure and preserved left-ventricular ejection fraction:: the CHARM-Preserved Trial. *Lancet* 2003 Sep 6 ; 362 (9386) : 777-81.
- ¹⁵⁷ C.B. GRANGER, J.J. McMURRAY, S. YUSUF, et al. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left ventricular systolic function intolerant to angiotensin-converting-enzyme inhibitors: the CHARM alternative trial. *Lancet* 2003 Sep 6 ; 362 (9386) : 772-6.
- ¹⁵⁸ J.J. Mc MURRAY, J. OSTERGREN, K. SWEDBERG, et al. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left ventricular systolic function taking angiotensin-converting-enzyme inhibitors: the CHARM-Added trial. *Lancet* 2003 Sep 6 ; 362 (9386) : 767-71.
- ¹⁵⁹ AFFSAPS. Atacand 32mg, rapport public d'évaluation. Avril 2006
- ¹⁶⁰ Rédaction Prescrire. Prise en charge de l'insuffisance cardiaque. *Rev prescrire* 2000 : 21 (214) : 126-137.
- ¹⁶¹ Equipe rédactionnelle du Vidal. « Recommandation et pratique : 100 stratégies thérapeutiques référencées ». Edition Vidal oct 2005 ; p654
- ¹⁶² Recommandations de la SFC. Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque du sujet âgé. *Archives des maladies du cœur et des vaisseaux*, tome 97, n°7/8, juillet-août 2004.
- ¹⁶³ Prescrire Rédaction. Les interactions médicamenteuses. *Rev Prescrire* mars 2006 ; 26 (270) :37
- ¹⁶⁴ ANNE J. Suivi du patient insuffisant cardiaque à l'officine ». Thèse d'exercice en pharmacie, décembre 2004 à Lyon ; p36-37
- ¹⁶⁵ Fondation suisse de cardiologie, Brochure d'information à l'intention du patient insuffisant cardiaque. www.prevention.ch/insuffisance_cardiaque.htm vu le 12/06/2006
- ¹⁶⁶ MW. RICH, V. BECKMAN., WITTENBERG. et al. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med* 1995; 333:1190-5
- ¹⁶⁷ J-B. BOUHOUR, J-N. TROCHU, H. LAMBERT, et al. Prise en charge pluridisciplinaire de l'insuffisance cardiaque. Etude randomisée, décembre 2003
- ¹⁶⁸ Brochure de la Fondation des maladies du cœur. Le contrôle de l'insuffisance cardiaque. Site : ww2.fmcoeur.ca/images/French/Managing_CHF_FR.pdf consulté en Octobre 2006
- ¹⁶⁹ N. BERTHIER., Les techniques d'enquête en sciences sociales, Méthode et exercices corrigés. *Ed. Armand Colin*, PARIS, 1998.
- ¹⁷⁰ L.W GREEN, M.W. KREUTER, S.G. DEEDS; K.B. PARTRIGE. Health education planning: a diagnostic approach, 1980, Mayfield Publishing Company, Mountain View, Ca.
- ¹⁷¹ P. LEVY . Comment favoriser l'observance dans le diabète de type 2, *La revue du praticien - Médecine générale*, 2004 ; 18 : 1397-1401.
- ¹⁷² J-F. D'IVERNONIS, R. GAGNAYRE. Apprendre à éduquer le patient, approche pédagogique. Collection « Education du patient ». Edition Maloine, PARIS 2004.

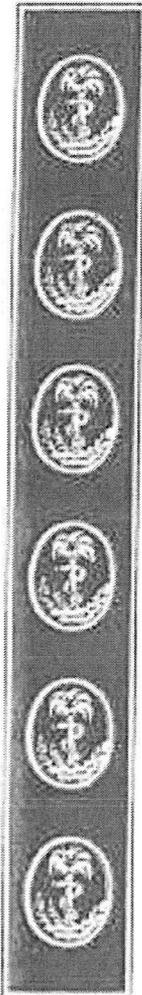
Bibliographie

- ¹⁷³E ; GRAVOUEILLE, H. GUIBERT-HERITEAU, A-L. LAPRERIE, et al. L'éducation diététique des insuffisants cardiaques. SOINS supplément 2 n°692, janvier /février 2005.
- ¹⁷⁴ N. CALOP. Explication des attentes éducatives du patient vis-à-vis de l'acteur de santé, Le cas du patient âgé chronique sous AVK, *Thèse de Doctorat de l'Université*, PMF Grenoble II, 15/12/2004
- ¹⁷⁵ Le rapport annuel de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, sous la direction de Professeur Yvon Berland, Synthèse Générale. 2005 : 37.
- ¹⁷⁶ M. GRAWITZ. Méthodes des sciences sociales, Coll. Précis Dalloz, 9^{ème} édition, Paris, Dalloz, 1993 : 870. ISBN : 2247041132.
- ¹⁷⁷C. CHILAND, M. LEDOUX, B. MARBEAU-CLEIRENS, M-F. CASTAREDE, A. LEDOUX. L'entretien clinique, 5^{ème} édition, Paris, Presse Universitaire de France (PUF), 1995. ISBN: 2130554636
- ¹⁷⁸ R. GHIGLIONE., B. MATALON., Les enquêtes sociologiques. Théories et pratiques, 6^{ème} édition, Paris, Armand. COLIN, 1998 : 301. ISBN : 2200217455
- ¹⁷⁹ INSEE : Bilan démographique, France métropolitaine, population au 1er janvier 2006 (données provisoires)
- ¹⁸⁰ INSEE : France métropolitaine, population 18 ans et plus, déclarant au moins une maladie chronique, Enquête décennale santé 2002-2003
- ¹⁸¹ CNAMTS : Poly-médication des personnes âgées : un enjeu de santé publique. Dossier de presse. 4 septembre 2003, disponible sur le site Internet de l'Assurance Maladie en ligne : www.ameli.fr consulté en Octobre 2006
- ¹⁸² CNAMTS 2001
- ¹⁸³ JF. D'IVERNOIS. POINT DE VUE Apprendre au patient à se soigner. *Le Monde*, 27 Avril 1994
- ¹⁸⁴ Convention Nationale, Arrêté du 11 Juillet 2006 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens et l'assurance maladie
- ¹⁸⁵M. FILIPPI., L. MALLET., B. ALLENET., J. CALOP. Le processus hospitalier de « soins pharmaceutiques » au Québec : illustration à partir d'un cas clinique. *J. Pharm. Clin.*, Juin 2003, Vol 22, Num 2
- ¹⁸⁶R. GAGNAYRE., Approche pédagogique de l'Education du Patient : méthodes et évaluations, Synthèse de séminaire, *Bulletin d'Education du Patient*. Vol 15, (3), Décembre 1996
- ¹⁸⁷ J-F. D'IVERNOIS, R. GAGNAYRE. Vers une démarche de qualité en éducation thérapeutique du patient. *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, 2002 ;(39) : 14-16.
- ¹⁸⁸ Site Internet Observatoire des ressources multimédia en éducation- URL <http://www.orme-multimedia.org/index.htm> consulté en Octobre 2006
- ¹⁸⁹ F. SILVAN. Les Anglais ont tiré les premiers, 2586, 11/06/2005
- ¹⁹⁰ CREDES, Enquête ESPS 2000
- ¹⁹¹ VIGIPHARM. Centre de pharmacovigilance et de renseignements sur le médicament de Picardie, d'après le bulletin de décembre 2005.
Site : www.chu-amien.fr/pharmaco/ consulté en Octobre 2006





Serment des Apothicairees



Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Thèse soutenue par :	RIQUELME Julie
Titre :	ETUDE DE FAISABILITE D'UNE DEMARCHE DE SUIVI EDUCATIF A L'OFFICINE : APPLICATION A L'INSUFFISANCE CARDIAQUE
RESUME	

Un des défis majeurs auquel doit dorénavant faire face le système de soins est celui du vieillissement de la population. Cette évolution démographique va de pair avec une prévalence croissante des affections chroniques. Les réponses du système de soins sont de plus en plus techniques et morcelées, offrant des garanties non optimales pour la sécurité des patients. Les enjeux de santé publique sont alors ceux de la rationalisation de la filière patient, grâce au développement de stratégies de diffusion de l'information entre professionnels, médicaux et paramédicaux, de mise en réseau des structures et prestataires de soins, ambulatoires comme hospitalières et la mise en œuvre d'un véritable accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques ou « suivi éducatif ».

L'objectif de la présente recherche était d'évaluer la faisabilité d'un suivi éducatif structuré à l'officine. Ce travail a ciblé l'une des situations suivantes : Migraine, Diabète de type II, Asthme et BPCO, Anticoagulants oraux, Insuffisance cardiaque.

Les constats principaux sont la nécessité de 1. Revoir l'environnement de travail officinal (espace et temps), 2. Se former à la démarche, 3. Mettre en œuvre avec les autres professionnels une stratégie de partage de l'information et d'accompagnement du patient.

Mots-clé	vieillissement de la population, affections chroniques, mise en réseau, accompagnement des patients, suivi éducatif, faisabilité d'un suivi éducatif, Officine
----------	---