

Retour à domicile après un infarctus du myocarde: que doivent savoir les médecins généralistes pour accompagner leurs patients? Étude qualitative des besoins éducatifs chez les patients coronariens

Christophe Souveton

► **To cite this version:**

Christophe Souveton. Retour à domicile après un infarctus du myocarde: que doivent savoir les médecins généralistes pour accompagner leurs patients? Étude qualitative des besoins éducatifs chez les patients coronariens. Médecine humaine et pathologie. 2014. <dumas-01211560>

HAL Id: dumas-01211560

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01211560>

Submitted on 5 Oct 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.

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

ANNÉE 2014

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice **le 04 septembre 2014** par **Christophe SOUVETON** né le 19 mars 1986 à St Denis de la Réunion pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en médecine

RETOUR À DOMICILE APRÈS UN INFARCTUS DU MYOCARDE :

QUE DOIVENT SAVOIR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES POUR ACCOMPAGNER LEURS PATIENTS ?

ÉTUDE QUALITATIVE DES BESOINS ÉDUCATIFS CHEZ LES PATIENTS CORONARIENS.

Jury de thèse

Président : **Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON**

Assesseur : **Monsieur le Professeur Jean-Louis SADOUL**

Directeur de thèse : **Madame la Professeur Isabelle POURRAT**

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

M. BAQUÉ Patrick

Assesseurs

M. BOILEAU Pascal
M. HÉBUTERNE Xavier
M. LEVRAUT Jacques

Conservateur de la bibliothèque

M. SCALABRE Grégory

Chef des services administratifs

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DAR COURT Guy
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLES AKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAPALUS Philippe
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction
	(54.05)	
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique
	(50.04)	
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques
	(54.04)	
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention

(46.01)

M. ROGER Pierre-Marie Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre Pédiatrie (54.01)
M. RUIMY Raymond Bactériologie-virologie (45.01)
M. SADOUL Jean-Louis Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques

(54.04)

M. STACCINI Pascal Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre Neurologie (49.01)
M. TROJANI Christophe Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. VENISSAC Nicolas Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. SAUTRON Jean-Baptiste Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI-PERRET Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DELOTTE Jérôme Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme DONZEAU Michèle Biologie du Développement et de la Reproduction
(54.05)
M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. FRANKEN Philippe Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle LANDRAUD Luce Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. PHILIP Patrick Cytologie et Histologie (42.02)
Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle PULCINI Céline Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROUX Christian Rhumatologie (50.01)
M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention
(46.01)
M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. DIOMANDE Mohenou Isidore Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale
M. MAKRIS Démosthènes Pneumologie
M. PITTET Jean-François Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme POURRAT Isabelle Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Je tiens à remercier le Professeur Jean-Baptiste Sautron, pour m'avoir fait l'honneur de présider le jury de ma thèse. Merci pour votre engagement dans la formation des médecins généralistes. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Professeur Isabelle Pourrat, merci de m'avoir fait l'honneur d'être la directrice de mon travail de recherche et de m'avoir soutenu pendant ces années d'internat qui ont été difficiles, merci aussi de m'avoir conseillé dans le déroulement de mon projet de thèse et pour vos précieux conseils dans l'éducation thérapeutique des patients. Veuillez accepter ma reconnaissance.

Je remercie le Professeur Jean-Louis Sadoul d'avoir eu la gentillesse d'être membre de mon jury de thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse considération.

A mes maîtres de stages et condisciples

Merci à tous les membres de l'association « *Prévention Education et Promotion en Santé (PEPS)* », pour m'avoir accueilli et formé à l'éducation thérapeutique du patient coronarien.

Merci au Docteur Odile Lion, pour m'avoir fait aimer la médecine générale, à son professionnalisme, son écoute, ainsi qu'à son ami pour m'avoir accueilli à leur domicile.

Merci au Docteur Cyril Estienne, pour son accueil et ses précieux conseils pour ma pratique future de médecin généraliste.

Merci à tous les médecins cardiologues du service de cardiologie de l'hôpital Bonnet à Fréjus, pour leur disponibilité, leur compréhension et leur accueil.

Merci à Mireille, infirmière spécialisée en éducation thérapeutique du patient coronarien à la clinique du Pic saint-Loup dans l'Hérault pour ses conseils, son accueil et sa gentillesse.

Merci à Nicolas, infirmier dans le service de soins intensifs cardiologiques de la clinique du Parc à Castelnau-le-Lez, pour son soutien dans mon travail de recherche.

Merci au Dr Monique Dadoun pour son accueil au sein de l'établissement de réadaptation cardiovasculaire, La Chênevière à Callian.

A ma famille

Ma chère maman,

C'est avec une forte émotion que je te dédie ce travail de recherche qui conclut mes longues années d'études de médecine.

J'ai réalisé ton rêve et le mien qui était de me voir réussir et d'être heureux. Enfin je suis médecin !

Maman, sache que tu peux être fier de moi et que tu seras à jamais présent dans mon cœur.

Je serai un médecin ouvert, proche des gens et continuerai à te confier secrètement mes joies et mes peines.

Merci pour tout le bonheur, la force, l'énergie et l'amour que tu m'as donné.

Ton teuteu qui t'aime.

A mon papi,

Merci papi, pour m'avoir tout au long de la vie tenu le pouce quand il le fallait et de m'avoir encouragé dans mes projets.

Tu peux être fier de moi.

A mon cher papa, médecin généraliste, pour m'avoir toujours conseillé et soutenu dans la vie.

A mon petit frère Matthieu, futur dentiste, qui m'a toujours apporté sa façon lucide de voir les choses et sa complicité. Merci de m'avoir soutenu pendant ces longues années difficiles. Je suis fier de toi.

A ma chère Manou, qui fait mon bonheur au quotidien et qui m'a fait réussir par sa force, sa positivité, son aide tout au long de mes années de médecine. Sans toi, je n'aurais jamais réalisé mon rêve de devenir médecin. Merci infiniment.

A mes grands parents, mamie Thérèse et papi Jacques, pour leur soutien et leurs conseils.

A ma tante adorée Isabelle et mon oncle Jean-Luc, pour m'avoir toujours aidé dans ces dures années d'études et dans la vie de tous les jours.

A mes cousines Charlotte et Juliette, pour leur gentillesse, leur amour et leur soutien. Je suis fier de vous.

A Géraud, Professeur de géographie à l'université Panthéon 1- Sorbonne, pour ta relecture et ton aide précieuse.

A toute ma famille.

Merci à ma chérie, Marine, pour m'avoir aidé à la réalisation de ma thèse, pour tes précieux conseils, ton soutien et ton amour que tu me donnes au quotidien. Je t'aime.

A mes beaux parents, Christelle et Jean-Michel, pour leur accueil au sein de leur famille et pour le soutien qu'ils m'ont apporté pendant mon travail de recherche.

A mon meilleur ami Bastien, pour lequel j'éprouve un profond respect et pour notre complicité.

A tous mes collègues d'internat.

« La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile ».

Hippocrate

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
I- Contexte.....	2
II-Problématique.....	3
MÉTHODE.....	5
I-Recueil des donnés et échantillonnage.....	6
II-Les entretiens.....	6
III-Analyse.....	8
RÉSULTATS.....	9
I-Caractéristiques de la population enquêtée.....	10
II-Les besoins identifiés	11
1.Besoin d'aide à la prise de conscience de la maladie et à une meilleure gestion des émotions.....	11
2.Besoin de soutien psychologique	13
3.Besoin d'accompagnement à la reconstruction de soi et à l'autonomisation	13
4.Besoin de temps.....	14
5.Besoin d'aide aux changements de projet de vie.....	14
6.Besoin d'accompagnement aux changements d'habitudes.....	15
DISCUSSION.....	17
I-Enjeux et principes de l'éducation thérapeutique appliqués aux accidents coronariens	18
II-Mise en perspective critique de mon expérimentation	23
III-L'utilité de mon étude pour améliorer l'éducation des patients.....	24
IV-Conclusion	26
BIBLIOGRAPHIE.....	28

ANNEXES.....	32
Annexe 1 : Lettre de sollicitation de présentation de l'étude	33
Annexe 2 : Guide d'entretien individuel semi-dirigé.....	34

INTRODUCTION

I- Contexte

Les maladies cardio-vasculaires représentent la première cause de mortalité dans les pays industrialisés. Selon l'estimation de la HAS, l'incidence de l'infarctus du myocarde (IDM) reste très élevée en France, avec plus de 100 000 personnes atteintes chaque année soit 0,2 % de la population.

Bien que d'importants progrès aient été faits en terme de prise en charge thérapeutique au cours de la dernière décennie, la mortalité reste à ce jour élevée, avec près de 13 % de décès au cours de la première année, d'où l'importance de l'accompagnement du retour à domicile. [13]

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie » [37].

Pour Sandrine Berthon, présidente de l'Association Française pour le Développement de l'Education Thérapeutique (AFDET), « l'éducation thérapeutique consiste à aider les patients à prendre soin d'eux-mêmes, à agir dans un sens favorable à leur santé et à leur bien être » [39] [41].

II- Problématique

En France, les programmes d'éducation thérapeutique portant sur les maladies cardio-vasculaires, comme le programme PEGASE (Programme Educationnel pour une Gestion Améliorée des Sujets à risque cardio-vasculaire Elevé) destiné au patient coronarien, ont pour objectifs essentiels d'informer les patients sur leur maladie et d'aider au contrôle du risque cardio-vasculaire. Son but est de permettre aux patients de mieux maîtriser leurs facteurs de risque cardiovasculaire et pour cela d'acquérir et de consolider des compétences leur permettant d'adapter leur mode de vie à leur état de santé.

De même, un programme national pilote « Infarctus du myocarde » mené de 2008 à 2013 par la Haute Autorité de Santé (HAS), illustre la volonté d'améliorer le pronostic du patient coronarien en faisant collaborer les différents acteurs de santé ; il montre l'importance de poursuivre les soins après l'hôpital au moment du retour des patients à leur domicile [27].

Cependant, ces deux programmes tiennent très peu compte des besoins des patients coronariens au moment de leur retour à leur domicile [12] [15].

L'approche biomédicale ne suffit pas à faire diminuer les récurrences et à gérer les problèmes du quotidien. A elle seule, elle n'améliore pas la prise en charge globale du patient. La dimension psycho-sociale occupe une place centrale dans la stratégie de prise en charge thérapeutique.

Les professionnels de santé, en collaboration avec la HAS, ont depuis 2007, manifesté une volonté accrue d'intégrer l'Education thérapeutique (ETP) et la réadaptation cardiovasculaire dans la stratégie thérapeutique du patient coronarien [26] [31]. L'ETP occupe aujourd'hui une place centrale dans la gestion du quotidien des patients coronariens.

Peu d'études à ce jour portent sur l'évaluation des besoins des patients coronariens. Or, la base des programmes d'éducation thérapeutique nécessite de connaître les besoins objectifs et subjectifs du patient, notamment en termes d'apprentissage, y compris les attentes non verbalisées. Intégrer les besoins ressentis et exprimés par les patients dans la prise en charge médicale, notamment par l'intermédiaire des médecins généralistes, constitue un enjeu majeur de santé publique [30].

Ce travail de recherche a émergé de mes relations avec les patients lors de mes stages dans un centre hospitalier de cardiologie et des discussions qu'elles ont suscitées avec mes maîtres de stage.

L'interaction avec les patients souffrant de coronaropathie m'a permis de constater leur détresse psychologique, caractérisée par un sentiment d'abandon et souvent par un manque d'écoute de la part des professionnels de santé après leur épisode aigu, au moment de leur retour à leur domicile.

Au cours d'un stage au sein d'une association éducative basée dans le Var-Est, « Prévention Education et Promotion en Santé (PEPS) », j'ai concrétisé mon souhait d'un travail de recherche portant sur les besoins des patients coronariens hospitalisés avant leur retour à la maison.

Cette recherche pourrait permettre d'intégrer dans les programmes d'éducation thérapeutique des patients coronariens des besoins insuffisamment pris en compte jusque-là.

A ce jour, il n'existe pas de programme éducatif local pour les patients atteints de coronaropathie dans le Var Est.

Dès lors, en explorant le vécu des patients coronariens, quels sont les besoins prioritaires que les médecins généralistes et qu'un dispositif éducatif de santé devraient tenir compte ?

METHODE

I- Recueil des données et échantillonnage

Afin de répondre au mieux à l'objectif qui était d'appréhender les besoins des patients coronariens à leur retour à domicile j'ai utilisé une recherche qualitative, descriptive et transversale, par entretiens individuels semi-dirigés. Etant inductive, cette recherche était la mieux adaptée pour répondre de façon précise à l'objectif.

Les patients majeurs victimes d'un infarctus du myocarde et capables de mener un entretien individuel étaient éligibles à l'étude.

Afin que l'échantillon soit le plus représentatif de la population générale, j'ai prévu de recruter les participants dans un centre de réadaptation cardio-vasculaire spécialisé dans l'éducation thérapeutique du patient, ainsi que dans un service de cardiologie d'un centre hospitalier du Var-Est.

J'informais les patients de la raison de mon intervention ainsi que de la nature et des objectifs de mon enquête.

Pour participer à l'étude, j'invitais ces derniers à remplir un formulaire mis à leur disposition à l'infirmierie du centre de réadaptation cardio-vasculaire.

Je proposais ensuite aux patients inscrits un jour et une heure pour les entretiens.

Dans le service de cardiologie, j'ai recruté les participants avec l'aide des infirmières qui me présentaient les patients les plus aptes à répondre à mes questions.

II- Les entretiens

Pour mes entretiens, j'ai établi un guide d'entretien ajusté au fur et à mesure de la production d'idées. L'élaboration de ce dernier s'est appuyée sur le diagnostic ou bilan éducatif partagé [24], [25], [40].

Le bilan éducatif partagé est un moment consacré au recueil d'informations auprès du patient sur ses pratiques de santé et sur ses besoins par rapport à sa maladie chronique.

Il constitue la première étape de la démarche éducative des patients atteints de pathologie chronique. Cette première étape permet au patient de décrire ce qu'il accomplit en termes

d'actions et l'amène à réfléchir sur ses actes et à prendre conscience de ce qu'il sait et ce dont il a besoin[20] [42].

Pour cela, j'ai recensé dans la littérature médicale et psychologique les études en rapport avec les besoins éducatifs des patients coronariens[40].

Ainsi, mon guide d'entretien s'est articulé autour de quatre thèmes : Le retour à la maison ; Les ressources pour faire face à la maladie ; Le vécu de l'évènement et le retentissement sur le moral ; L'explication donnée par le patient de son évènement (*annexe 2*).

Les questions posées étaient des questions ouvertes, neutres, cohérentes et faciles à comprendre, afin de ne pas orienter le patient dans sa réponse. Je me suis notamment appuyé sur le livre *L'entretien*, de A. Blanchet et A. Gotman [10], pour la réalisation de ce guide.

Afin de vérifier la compréhension du guide d'entretien, celui-ci a également été testé auprès de quelques patients non coronariens.

Au fil des entretiens, j'ai ajusté ce guide d'entretien afin d'être le plus performant dans le recueil des données.

Je sollicitais la participation des patients en leur présentant l'étude et en leur remettant une lettre de sollicitation, puis je leur expliquais oralement la présentation du déroulement des entretiens (*annexe 1*).

Tous les participants ont été informés du caractère anonyme et enregistré des entretiens, dans le but d'assurer une retranscription manuscrite fidèle des données.

Pour cela et dans le respect de la dignité de la personne, les malades ont signé un consentement éclairé.

Tous les entretiens individuels ont été menés en face à face dans un lieu calme, dans la confidentialité et le respect éthique de la personne.

Afin d'engager le dialogue, j'ai adopté un comportement empathique et rassurant.

Tous les entretiens commençaient par des questions générales et ouvertes, afin de gagner la confiance des patients.

Pour favoriser l'échange, j'ai utilisé des stratégies à base de pause active, de relance, d'expression des émotions perçues, tout en faisant préciser des points qui me semblaient importants.

Autant d'entretiens ont été nécessaires afin d'obtenir une saturation des données.

III- Analyse

Après avoir retranscrit de façon manuscrite les données recueillies, chaque entretien était analysé de façon individuelle, puis de façon globale afin d'établir une catégorisation générale.

RÉSULTATS

Après avoir décrit la méthode de l'étude, les principaux résultats utiles pour le médecin généraliste seront présentés sous forme de six grandes parties, correspondant à autant de besoins du patient, en matière :

- d'aide à la prise de conscience de la maladie, de gestion des émotions - de soutien psychologique ;
- d'accompagnement à la reconstruction de soi et à l'autonomisation ;
- de temps ;
- d'aide aux changements de projets de vie ;
- d'accompagnement dans les changements d'habitudes.

I- Caractéristiques de la population enquêtée

Au total, neuf entretiens ont été menés sur une période de trois mois, de février à avril 2014.

La durée moyenne des entretiens individuels était d'environ une heure.

Sur les neufs participants à l'étude, nous comptons sept hommes et deux femmes.

Les patients étaient âgés de 47 à 72 ans. La plupart avait plus de cinquante ans, excepté trois d'entre eux.

Originaires du Var, tous exerçaient une profession au moment de leur accident coronarien, hormis quatre hommes (deux retraités et deux à la recherche d'emploi).

Les caractéristiques des patients (âge, sexe, lieu de vie, situation familiale et emploi) étaient recueillies en fin d'entretien. Elles sont synthétisées dans le tableau ci-dessous.

Tableau : Caractéristiques des patients enquêtés

	Age	Sexe	Lieu de vie	Situation familiale	Catégorie socioprofessionnelle
Entretien n°1	51 ans	Masculin	Fréjus	Marié, un enfant	Chef d'entreprise
Entretien n°2	45 ans	Féminin	Saint-Raphaël	Mariée, deux enfants	Animatrice en EHPAD
Entretien n°3	56 ans	Masculin	Draguignan	Concubinage, un enfant	Sans emploi
Entretien n°4	55 ans	Masculin	Lorgues	Marié, trois enfants	Technico-commercial
Entretien n°5	61 ans	Masculin	Fayence	Marié, deux enfants	Maçon à la retraite
Entretien n°6	72 ans	Masculin	Callian	Marié, trois enfants	Directeur d'entreprise retraité
Entretien n°7	47 ans	Masculin	Draguignan	Marié, un enfant	Policier
Entretien n°8	49 ans	Féminin	Fréjus	Célibataire, un enfant	Responsable d'un centre de formation
Entretien n°9	48 ans	Masculin	Agay	Concubinage, un enfant	Sans emploi

II- Les besoins identifiés

1 - Besoin d'aide à la prise de conscience de la maladie et à une meilleure gestion des émotions

Pour plusieurs patients, l'entrée brutale dans la maladie coronarienne apparaît comme un véritable choc psychologique tant leurs capacités d'adaptation psychique sont dépassées : « On pense que ça n'arrive qu'aux autres » ; « On ne s'y attend pas du tout, parce qu'il y a pas eu d'alerte, il n'y a eu aucun signe distinct qui pouvait faire dire qu'il pouvait se passer quelque chose ».

Ils présentent un état de fragilité psychologique au décours de l'épisode, avec des éléments évoquant un syndrome anxio-dépressif. La prise en compte de cet état de fragilité en centre

de réadaptation cardio-vasculaire permet d'aider les patients à surmonter cet état de détresse psychologique post-traumatique et à reprendre confiance en eux.

Le retour au domicile est ressenti par certains comme une source de stress et d'appréhension, dans la mesure où les patients craignent de ne pas être soutenus : « Ce qui est stressant, c'est qu'on va être laissé un peu à nous même. Il y a aura plus quelqu'un pour nous dire, ben vous vous levez à telle heure... » ; « Je n'étais pas quelqu'un d'angoissé et en fait ça m'a déclenché une angoisse cet infarctus. Le soir, j'ai l'impression d'être opprimée, d'avoir mal ».

De plus, les patients expriment le besoin de rechercher un sens à ce qui leur est arrivé.

Pour la plupart, la maladie est le résultat d'accumulation de dérives dans les règles hygiéno-diététiques : « J'ai une hygiène de vie pas très bonne quoi... La cigarette, la boisson, le café... C'est un cocktail détonnant avec l'âge » ; « C'est vrai que depuis que je suis à la retraite, je bouge moins et j'ai toujours été un bon mangeur ».

D'autres pensent que la maladie est en rapport avec leur contexte de vie : « Si j'avais eu une vie beaucoup plus zen, je serais passé à côté de tout ça » ; « J'ai eu un trimestre un peu épuisant, les deux mois précédents, avec du stress au travail, des difficultés familiales avec mes parents qui sont malades ».

Le choc leur paraît moins brutal dans la mesure où ils parviennent à lui trouver des causes.

Pour d'autres, la maladie est une fatalité et apparaît comme un manque de chance. Ils ne cherchent pas d'explications rationnelles à leur état de santé. Un patient le compare à un accident de la route : « C'est une conjonction hasardeuse qui a fait que, exactement comme un accident de la route ».

Chez ces derniers, l'acceptation de la maladie semble moins évidente, dans la mesure où ils ne se considèrent pas comme étant malades : « Je pense que je suis un malade qui va bien, comme s'il ne s'était rien passé ».

2 - Besoin de soutien psychologique

L'ensemble des patients exprime le besoin d'être soutenu dès leur entrée dans la maladie coronarienne, que ce soit par leur famille ou leurs amis.

Tous évoquent la nécessité de ne pas rester seul pour faire face à des événements de vie difficiles et considèrent le soutien de leurs proches comme une condition indispensable pour surmonter la maladie dès leur retour à la maison.

Un patient affirme clairement ne pas savoir comment remonter la pente sans l'aide d'un tiers : « C'est vrai que quand il m'est arrivé ça, le fait que les gens m'envoient des messages, des petites lettres, ça m'a beaucoup aidé » ; « Mes proches, ma sœur qui est très présente, mon mari... Je trouve mon aide dans la famille ».

A travers leur séjour en centre de réadaptation cardio-vasculaire, les patients trouvent un bénéfice au soutien de groupe dans la mesure où ils développent et restaurent les liens avec les autres, leur famille, leurs collègues et amis : « C'est important dans la vie de ne pas rester seul » ; « Ca a renforcé certaines relations, notamment, celle avec mon mari, mes enfants. Cet état de difficulté a renforcé des tas de relations ». La dynamique de groupe permet aux patients de mettre en mots et de s'exprimer librement autour de ce qui les préoccupe, parfois mieux qu'ils ne pourraient le faire dans leur cadre familial habituel. Ils se sentent écoutés et prennent conscience de leur maladie : « C'est surtout l'aspect moral qui aide beaucoup...ce qui m'aide beaucoup là, c'est la thérapie de groupe. On s'assoit ensemble, on discute. Je pense que quand on sort d'un infarctus, être amené à être écouté, à écouter les autres, à parler un petit peu de son problème est très utile ».

3- Besoin d'accompagnement à la reconstruction de soi et à l'autonomisation

Renouer des liens sociaux avec les autres ne va pas de soi et nécessite souvent un processus d'adaptation.

Un des patients interrogé ne se sent pas prêt à s'ouvrir à ses amis et à mener une vie sociale ; cela crée un sentiment d'angoisse : « Tous les repas qu'on faisait entre amis, on les a mis de côté pour l'instant. Chaque fois on leur dit non, c'est trop tôt ».

La maladie entraîne une modification dans les relations aux autres, qu'il s'agisse des relations familiales, professionnelles ou amicales.

Ce changement est perçu avec anxiété, car « cette vie sociale, on veut la conserver parce qu'à soixante ans on ne peut pas se renfermer sur nous même ».

Les proches du patient prennent conscience de la maladie du patient : « La dernière fois, pour un anniversaire, ma belle-fille avait préparé un repas pauvre en graisses de sorte que je puisse en profiter ».

4 – Besoin de temps

Les patients ont besoin de temps pour rompre l'isolement ressenti lors de l'irruption de la maladie coronarienne : « Parce qu'on est quand même tout seul avec sa maladie ».

La brutalité de l'événement dépasse leurs compétences d'adaptation et suscite en eux un sentiment d'angoisse qui empêche l'acceptation initiale de leur maladie. Ils ont besoin de temps pour comprendre ce qui leur arrive et se voient rassurés d'être accompagnés dans leur démarche : « Je n'ai pas encore accepté. Quand tout va bien et que le lendemain, on te dit que tu as fais un infarctus et que bon même si mon cœur va bien récupérer parce que je suis jeune et que je n'ai pas les artères bousillées mais...voilà. Ca fait comme un virage » ; « Depuis dix semaines de thérapie, je vais mieux, j'analyse mieux les choses avec du recul ».

5 - Besoin d'aide aux changements de projets de vie

L'entrée dans la maladie coronarienne a provoqué pour plusieurs patients un changement de statut. Par exemple, en terme d'activité professionnelle, un des patients dit : « le travail de nuit, c'est fini pour moi ».

Pour d'autres, l'interrogation sur la possibilité de reprise de leur profession est une source de stress supplémentaire. Un patient se demande si la maladie ne va pas compromettre une embauche : « On n'est pas obligé de dire au futur employeur qu'on a eu un infarctus. Je pense que si on ne me pose pas la question, je ne dirai rien ».

En outre, la maladie est source d'interrogations et de stress car elle entraîne pour les patients un bouleversement dans leur projet futur, notamment en termes de centre d'intérêt. Cette remise en cause éveille chez eux des inquiétudes : « J'avais plein de projets de jardinage... mon jardin c'était mon loisir. Je ne sais pas comment ça va se passer à la fin de la rééducation et j'espère que je pourrais continuer à avoir ce genre d'activité ».

6 - Besoin d'accompagnement aux changements d'habitudes

La majorité des patients prend conscience de l'importance d'intégrer et de poursuivre des règles hygiéno-diététiques adaptées qu'ils ont acquises en centre de rééducation cardio-vasculaire. Plusieurs patients sont motivés et volontaires pour changer leur alimentation.

La perte de poids fait partie des nouveaux objectifs à intégrer pour certains : « L'alimentation aussi, j'ai perdu dix kilos. Depuis le début de l'année, je me suis dit bon, il faut se prendre en main et puis vraiment » ; l'équilibre d'un diabète pour d'autres, motivent les patients à poursuivre les efforts entrepris durant leur séjour de rééducation.

Cependant, le retour à la maison est une source d'appréhension quant à la poursuite des efforts alimentaires entrepris en centre. Une patiente craint de devoir poursuivre seule les efforts et de ne pas avoir suffisamment de soutien : « Après, je pense que je vais avoir peur de retomber dans les vieux travers. Ici, on se sent à l'abri. Après, fatalement, on va retrouver notre environnement quotidien » ; « Ce qui est stressant, c'est qu'on va être laissé un peu à nous même. Il y a aura plus quelqu'un pour nous dire, ben vous vous levez à telle heure... ».

En termes de tabagisme, les patients ont bien intégré l'effet nocif du tabac sur leur état de santé et souhaitent poursuivre leur effort de sevrage dès leur retour à la maison. Ils

expriment indirectement un besoin d'être soutenu devant cette difficulté : « ... l'arrêt de la cigarette, c'est un combat parce que j'étais à deux paquets par jour. Ici, je suis dans un milieu idéal pour arrêter de fumer. Après, quand je retournerai à la maison, c'est autre chose ».

Un nombre important de patients souhaite poursuivre les efforts en termes d'activité physique entrepris en centre de rééducation cardio-vasculaire dès leur retour à la maison. Pour certains, la poursuite des efforts est délicate mais nécessaire. Pour une patiente, l'activité physique permet de se rapprocher de sa famille : « Je n'ai jamais été très sportive. J'aimais bien marcher à l'extérieur, mais c'était plutôt de la promenade, du vélo avec les enfants quand ils étaient petits. Donc là, je vais essayer que ça fasse partie de ma vie, du moins la marche et le vélo ».

La plupart des patients témoignent sans difficulté de leurs écarts dans les règles hygiéno-diététiques et sont prêts à poursuivre les connaissances acquises en centre de rééducation cardio-vasculaire.

DISCUSSION

Avant d'aborder la critique de l'expérimentation, puis l'importance des résultats pour l'information du médecin généraliste, j'ai confronté mes résultats aux concepts et notions des sciences humaines qui fondent les principes de l'éducation thérapeutique.

I - Enjeux et principes de l'éducation thérapeutique appliqués aux accidents coronariens

L'écoute attentive des patients m'a montré l'impact considérable de la maladie sur leur vie et l'importance pour le médecin généraliste de connaître les besoins de ces derniers quand ils quittent le centre de soin pour rejoindre leur domicile afin de les intégrer dans la stratégie thérapeutique: besoin d'être soutenu psychologiquement, d'être aidé pour aborder les inévitables changements de vie, besoin de temps de recul, besoin d'aide à une meilleure gestion des émotions, aux changements de projets de vie...

Nous avons pu constater à travers l'ensemble des entretiens que l'entrée dans la maladie chronique coronarienne constitue un traumatisme important pour les patients. Ce traumatisme, bien connu des psychologues, constitue un véritable choc, tant les capacités initiales d'adaptation psychique des patients sont dépassées.

A ce propos, Philippe Barrier, philosophe et docteur en sciences de l'éducation, considère « qu'entrer dans la maladie chronique, c'est saisir brutalement sa proximité avec la mort ». Atteint lui-même d'une maladie chronique, il affirme de plus « qu'il y a une réelle incapacité à saisir comme un simple fait objectif l'entrée dans un nouveau mode de vie, dont l'annonce est initialement entendue comme une sorte de jugement disqualifiant, voire de condamnation arbitraire » [3]. Ce dernier compare l'entrée dans la maladie chronique comme « une véritable crise de l'évaluation car le cadre familial du patient est remis en cause par l'intrusion de cet événement, ce qui le précipite hors de son monde » [4] p. 23.

Pour Anne Lacroix, psychologue à la retraite des hôpitaux de Genève, l'annonce d'une maladie chronique constitue un choc psychologique. Selon le modèle freudien, il constitue la première phase du travail de deuil. Une fois la phase de choc passée, la majeure partie des patients souhaitent donner du sens à leur maladie. Ceci correspond à un processus d'intégration qui se met en place progressivement, comme le conçoit Freud dans son travail sur le deuil [21] [33].

La phase d'acceptation de la maladie chronique passe aussi par plusieurs stades, comme le suggère un autre modèle, celui de Kübler Ross E., ancienne psychiatre spécialisée dans les soins palliatifs pour les personnes en fin de vie : du choc initial s'ensuit une réaction de déni « ce n'est pas vrai ! », puis un sentiment de révolte « pourquoi moi ? », de négociation, « d'accord, je n'ai pas le choix, mais... », puis d'une phase réflexive « je ne serai plus jamais comme avant ! », pour finir par l'acceptation de la maladie (« la maladie est acceptée ») [23].

Afin d'aider les patients à trouver les ressources nécessaires pour faire face à la maladie, ces derniers doivent être en capacité de résilience, laquelle, selon Boris Cyrulnik, se définit comme étant « la capacité pour un individu à reprendre un développement malgré l'adversité » [18].

Par conséquent, aider les patients coronariens à s'inscrire dans un processus de résilience dès leur retour à la maison semble être un objectif nécessaire afin de les accompagner dans leur reconstruction identitaire.

Rendre possible l'*empowerment* des patients qui viennent d'entrer dans la maladie chronique peut les aider à s'engager dans un tel processus. Cela consiste à les rendre capable de mieux mobiliser leurs propres ressources pour résoudre leurs problèmes et satisfaire leurs besoins, de manière à ce qu'ils aient le sentiment de contrôle de leur propre vie.

Ce terme d'*empowerment* désigne ainsi à la fois un processus, le résultat de ce processus et une stratégie éducative [1] [16] [22].

Certains patients ont du mal à se considérer comme étant malades et acceptent par conséquent mal leur maladie. Philippe Barrier explique leur déni de la pathologie par le fait que la maladie menace leur intégrité psychique. Il parle de « fuite dans le déni » [4] p. 20.

Tous les patients expriment le besoin d'être soutenus par leur entourage, qu'il soit amical mais aussi et surtout familial, pour faire face à la maladie. Le poids de la maladie leur est trop lourd à supporter ; ils ont besoin de se confier et de s'exprimer autour de leur état de santé. Le séjour des patients en centre de rééducation montre l'importance d'un soutien collectif et de la thérapie de groupe. Les patients ont besoin de mettre en mots, de s'exprimer autour de leur maladie.

La HAS définit l'éducation thérapeutique « comme faisant partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient et comprend un soutien psychosocial conçu pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie » [25].

Selon Anne Lacroix, « L'éducation thérapeutique vise à permettre à la personne malade de reconstruire un parcours de vie, une identité, et ceci grâce à la relation considérée déjà comme thérapeutique, et à l'apprentissage de savoirs externes et internes » [34].

Aux vues de l'analyse des entretiens, poursuivre les efforts d'éducation thérapeutique entrepris en centre de réadaptation cardio-vasculaire et favoriser la confrontation verbale autour de la maladie constituerait un besoin essentiel à intégrer dans la prise en charge des patients coronariens à leur retour à la maison.

Selon Jacqueline Iguenane, docteure en sciences de l'éducation, chargée de recherche à l'université Paris XIII, « Soutenir le patient à effectuer ce « retour sur soi », c'est lui donner les clés pour accéder à ses propres pratiques et développer ses capacités à analyser lui-même celles qui sont favorables à la gestion de sa maladie et de son traitement » [29]. Ceci est évoqué également par Jean François Ivernois, professeur des universités en science de l'éducation à l'université de Paris XIII [19].

Comme le dit Philippe Barrier, le travail d'éducation consiste à faire accéder le patient à son autonomie, qui caractérise son statut d'adulte, c'est-à-dire, à ce qu'il se détermine lui-même et qu'il fasse des choix libres et assumés. Dès lors, il semble pertinent de proposer d'aider le patient à progresser dans son processus d'autonomisation [4] p. 9. Le patient doit être aidé à assumer consciemment ses mécanismes de régulation. En effet, « le patient vit depuis son entrée dans la maladie chronique dans une permanente vigilance normative » qui est source d'angoisse. Le travail de vigilance normative, comme par exemple l'amélioration d'un surpoids par l'activité physique, la correction d'un diabète constatée

par le patient lui-même sur ses glycémies, le sevrage en tabac, permet de faire comprendre, de sentir la nécessité interne de la norme par les bienfaits sensibles et symboliques qu'elle procure [14]. Ainsi, comme le souligne Philippe Barrier, le patient « réévalue la vie en réévaluant sa vie et son autonomie n'est plus alors cette licence de ne pas faire, dans laquelle le patient croyait voir sa liberté, mais la compréhension de la nécessité interne normative de faire ce qu'il faut pour être libre » [4] p. 24.

Dans la période qui suit l'entrée dans la maladie, après une phase initiale de sidération, les patients ont besoins de temps pour faire une introspection sur eux-mêmes et pour analyser l'événement que représente la maladie coronarienne. Anne Lacroix rappelle que « l'enjeu du travail de deuil n'est pas lié qu'à la mort mais concerne toute perte » ; commentant le travail de deuil décrit notamment par Freud lors de la perte d'un être cher [21], elle souligne que, « transposé au cas de maladie de longue durée, ce modèle laisse penser que chacun parviendra peu à peu, un jour où l'autre, à admettre la réalité de son état de santé » [32].

Il paraîtrait donc judicieux d'accompagner les patients dans leur cheminement analytique de leur événement coronarien.

L'entrée dans la maladie provoque chez les patients une rupture dans les relations aux autres, que ce soit avec la famille, les amis, ou avec les collègues de travail. Philippe Barrier compare la chute dans la maladie chronique comme une « épreuve du lien ». Des liens se sont rompus, tranchés net et les patients semblent déplacés d'eux-mêmes: « les liens qui nous unissaient à la quotidienneté, qui sont à la fois des liens aux autres et, d'une certaine façon, avec nous-mêmes ». Mise à part le lien social avec les autres, il existe également une perte du lien envers soi-même. Comme l'écrivait Proust, « le moi passé, marche à côté du moi présent » [38].

Il semblerait ainsi intéressant d'aider les patients à rétablir le lien avec les autres mais aussi envers eux-mêmes, et ce autrement qu'avec l'aide du médecin. A ce propos, Philippe Barrier considère que « *Le médecin est alors comme un pont entre nous et les autres : il a un pied sur notre île, un pied dans le monde des « non-malades »* » [4] p. 30.

Nous l'avons constaté, la plupart des patients entrant dans la maladie coronarienne sont victimes d'une fragilité psychologique importante. La prise en compte de cet état en centre de réadaptation cardio-vasculaire permet de les aider à surmonter leur détresse psychologique post-traumatique et à reprendre confiance en eux.

Le retour à la maison est ressenti par certains patients comme une source de stress et d'appréhension dans la mesure où ils craignent de ne pas être soutenus. Pour le Dr Lahlou-Laforet, psychiatre à l'hôpital européen Georges Pompidou de Paris, « la prévalence élevée de la dépression chez le coronarien ainsi que son rôle prédictif dans la survenue de complications incitent à envisager un dépistage plus systématique de ce trouble de l'humeur après un événement coronarien ». En effet, dans les semaines qui suivent un infarctus, la prévalence globale des troubles dépressifs est de l'ordre de 30 à 40 %, et la prévalence d'un épisode dépressif majeur est estimée entre 15 et 30 % [35].

Ceci laisse penser qu'il serait judicieux d'aider les patients à une confrontation de plus en plus consciente avec leur maladie afin de vaincre la morbidité psychologique de cette dernière.

A ce propos, Philippe Barrier écrit fort justement que « Dans ce combat normatif qu'est le traitement de la maladie chronique, l'enjeu n'est pas une victoire sur la maladie chronique elle-même, puisqu'en tant que maladie chronique, elle est invincible. Il est à la fois de contrer sa puissance de destruction organique grâce à un traitement ajusté qui la contient, et de triompher de sa morbidité psychologique, c'est-à-dire de son pouvoir de déstructuration psychique ». L'autonomie du patient est la compréhension de la nécessité interne normative de faire ce qu'il faut pour être libre [4] p. 27.

La maladie est aussi une source de préoccupation pour certains patients dans la mesure où cette dernière éveille en eux un doute quant à la poursuite future des projets de vie entrepris avant l'entrée dans la pathologie chronique. Pour d'autres en revanche, la maladie ne change rien en termes de projets de vie.

Pour ceux à qui la maladie provoque une perturbation des projets futurs, que ce soit dans le champ professionnel ou affectif, les patients apprennent à être eux-mêmes autrement. Comme le dit Sergio Bonino, professeur de psychologie à Turin, « la maladie comme la mort représente le désordre par excellence : elle remet en question en plus de la santé et de

la survie physique, l'ensemble du réseau de significations, projets et espoirs sur lesquels on avait jusque-là basé notre vie » [11].

II – Mise en perspective critique de mon expérimentation

Après avoir exposé les principaux résultats de l'étude, je m'attache maintenant à la critique de mon expérimentation.

Comme nous l'avons abordé dans l'introduction, il n'existe à ce jour que peu d'études portant sur l'évaluation des besoins des patients coronariens. Or, la connaissance de ces besoins est nécessaire dans l'élaboration de tout programme d'éducation thérapeutique. C'est ce qui fait la pertinence de ce travail de recherche.

Sa mise en œuvre a cependant nécessité des adaptations du protocole initialement envisagé.

En effet, la majorité des entretiens a été réalisée en centre de rééducation cardiovasculaire et peu à l'hôpital, ce qui n'était pas prévu. Or nous avons constaté que les conditions d'entretien dans le centre hospitalier n'étaient pas favorables car les patients, encore sous le choc, avaient du mal à s'exprimer.

En ce qui concerne mon échantillon, celui m'a semblé représentatif de la population générale. La majorité des patients interrogés était des hommes, ce qui est en accord avec le taux de prévalence de cardiopathie ischémique dans la population générale.

Mon guide d'entretien, articulé autour de quatre grands thèmes, celui-ci m'a semblé fonctionnel, et j'ai pu le moduler au fil des entretiens.

En ce qui concerne le déroulement et la retranscription des entretiens, pour favoriser l'expression d'émotions non verbalisées, je n'ai pas hésité à reprendre les patients en formulant avec mes mots ce qu'ils semblaient ressentir, tout en essayant de leur laisser terminer les phrases. Par exemple, à l'abord d'un sujet délicat, et quand je voyais que le patient transmettait physiquement une détresse, je disais quelque chose comme : « je vois que ça... ». Ceci entraînait quasi systématiquement une réponse verbale de sa part, qui n'aurait pas été exprimée spontanément.

Cependant, mon travail de recherche présente des limites.

Le fait que les patients de sexe masculin se soient montrés plus volontaires pour participer aux entretiens a pu induire un biais d'information dans la mesure où moins de femmes étaient interrogées. Il semblerait judicieux dans des études futures d'inclure davantage de femmes atteintes d'infarctus du myocarde afin d'évaluer si d'autres besoins qui leur seraient spécifiques pourraient être identifiés.

Les résultats obtenus et analysés n'ont pas été soumis aux participants, ce qui n'a pas permis d'obtenir leur rétroaction, bien que j'invitais systématiquement ces derniers à la prise de connaissance des résultats via l'envoi d'un courrier électronique.

Toutes mes données ont été analysées uniquement par moi-même, sans l'intermédiaire d'une méthode de triangulation. Ceci pourrait induire un biais d'information. De plus, je n'ai volontairement pas voulu utiliser de logiciel d'analyse pour des raisons d'organisation et de méthodologie.

L'analyse individuelle de chaque entretien d'une part, puis de façon croisée avec mes autres entretiens d'autre part, m'a permis d'identifier de grands thèmes et de faire ressortir les besoins et attentes des patients. Ceci m'a permis de répondre à l'objectif que je m'étais fixé.

Enfin, le questionnaire anonyme que je menais en fin d'entretien manquait certainement de catégorisations et aurait pu être plus exhaustif. Cependant, il m'a semblé suffisant pour répondre à mon objectif.

III –L'utilité de mon étude pour améliorer l'éducation thérapeutique des patients

Cette recherche nous a permis d'émettre des hypothèses nouvelles dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient coronarien, destinées à intéresser les médecins généralistes qui jouent un rôle de premier plan dans l'éducation thérapeutique du patient

Rappelons que la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a permis de donner un cadre législatif à l'éducation thérapeutique du patient. Elle précise que « l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient » et qu'« elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie » (article L.1161-1 du Code de la Santé Publique) [28], [36].

L'ETP doit être scientifiquement fondée et se construire avec le patient, en identifiant ses besoins, notamment d'apprentissage, y compris ses attentes non verbalisées [30].

Cependant, l'ETP se heurte encore à nombre d'obstacles, tels que la réticence de certains soignants peu convaincus de la pertinence de la démarche, ou parfois un excessif formalisme de l'administration limitant les capacités d'innovation.

Elle doit être totalement intégrée dans la démarche de soins et viser au maintien ou au développement des compétences du patient :

- l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins : l'acquisition de compétences dites de sécurité, qui vise à sauvegarder sa vie. Leur caractère prioritaire et leur modalité d'acquisition doivent être considérés avec souplesse, en tenant compte des besoins spécifiques de chaque patient ;
- la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation qui s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales [25].

La démarche de l'ETP se fait en quatre étapes qui sont [20] [24] :

- l'établissement d'un diagnostic éducatif ;
- la définition d'un programme personnalisé d'ETP avec priorités d'apprentissage ;
- la planification et la mise en œuvre des séances d'ETP individuelle ou collective, ou en alternance ;
- l'évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme.

Ce travail m'a montré que l'éducation thérapeutique, trop souvent négligée, occupe une place indispensable dans la prise en charge de tout patient présentant une pathologie chronique, comme les coronaropathies. Intégrer les besoins identifiés au travers des

différents entretiens dans l'éducation thérapeutique du patient coronarien pourrait permettre une nette amélioration de la prise en charge thérapeutique.

Cette étude s'adresse aux professionnels de santé pratiquant l'ETP, mais elle devrait s'adresser à tous les professionnels de santé en réalité.

Elle pourrait permettre à des associations éducatives, comme l'association « Prévention Education et Promotion en Santé (PEPS) » basée dans le Var- Est, d'intégrer des besoins insuffisamment pris en compte dans les programmes d'éducation thérapeutiques existants, afin de répondre au mieux au caractère dynamique et modulable de l'éducation thérapeutique du patient coronarien.

En ce qui concerne ma pratique future de médecin généraliste, je n'hésiterai pas à me servir de mon travail de recherche afin de fournir une meilleure éducation thérapeutique à mes patients coronariens.

J'ai acquis, en outre, comment se conçoit un diagnostic éducatif partagé, ce qui me permettra de progresser dans ma démarche éducative auprès de mes patients.

IV - Conclusion

La réalisation de ce travail de recherche a permis de mettre en évidence que les patients coronariens, dès leur entrée dans la maladie chronique, sont des patients fragilisés et que les besoins qu'ils expriment de façon explicite et implicite sont indispensables à prendre en compte pour les soutenir dans leur reconstruction identitaire et leur bien-être personnel.

La brutalité de l'entrée dans la maladie constitue une rupture identitaire qui dépasse initialement les capacités d'adaptation des patients, ce qui est source d'angoisse et de peur. Elle entraîne également une perte d'autonomie qui participe à l'angoisse des patients.

La recherche du sens donné à l'événement marque une étape importante dans la phase d'acceptation de la maladie, mais elle ne survient pas immédiatement ni spontanément après l'événement. Aider les patients à accéder à un processus de résilience et au

renforcement de leurs capacités face à la maladie (*empowerment*) permet de les soutenir dans cette recherche de sens.

Les patients ont besoin d'être soutenu dans leur processus d'autonomisation, afin de pouvoir apprendre à se déterminer eux-mêmes face au nouveau contexte créé par leur maladie et à faire des choix libres et assumés. Le travail réalisé en centre de rééducation cardio-vasculaire est important mais limité dans le temps. La dynamique de groupe qui y est proposée permet la mise en mots et l'expression autour de la maladie. S'exprimant librement, les patients apprennent à avoir confiance en eux. De plus, l'apport de l'éducation thérapeutique en centre de rééducation a permis aux patients de s'informer sur leur pathologie et leur traitement, ainsi que de comprendre les enjeux des règles hygiéno-diététiques quotidiennes.

Le retour à la maison est vécu comme une source de stress supplémentaire, dans la mesure où les patients craignent de ne pas retrouver ce qu'ils ont entrepris en centre de rééducation et ont peur de ne pas être assez soutenus. En effet, il manque à ce jour un processus d'accompagnement et de soutien des patients au quotidien en dehors de ce qui est déjà entrepris en centre de rééducation cardio-vasculaire.

Grâce à ce travail de recherche, j'ai pu réaliser l'importance du traumatisme, souvent non exprimé spontanément par les patients, que représente l'entrée dans la maladie coronarienne. Quand une situation de ce genre se présentera à moi en cabinet de médecine générale, je saurai comment me comporter et comment aider mes patients dans leur processus d'autonomisation avec leur maladie. Je serai en empathie avec ces derniers, les soutiendrai afin qu'ils se sentent rassurés et pris en charge de la façon la plus adaptée et n'hésiterai pas à les mettre en relation avec des structures associatives ou éducatives appropriées.

BIBLIOGRAPHIE

1. - AUJOULAT I.: *L'empowerment des patients atteints de maladie chronique. Des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire*. Thèse de doctorat. Université catholique de Louvain, Ecole de santé publique, Unité d'éducation pour la santé RESO, Bruxelles, 2007, 121 p.
2. - BARRIER P. : « Éducation thérapeutique, un enjeu philosophique pour le patient et son médecin », *Adsp* (nom développé de la revue serait mieux) n° 66 mars 2009, 57 p.
3. - BARRIER P. : *De l'annonce du diagnostic à la greffe. Intervention au DELF, congrès santé éducation*, Paris, 2005.
4. - BARRIER P. : *Le patient autonome*, Puf, 2014.
10. - BLANCHET A., GOTMAN A. : *L'entretien : l'enquête et ses méthodes*, 2^e édition, Paris, Armand Colin, 2007.
11. - BONINO S. : *Vivre la maladie, ces liens qui me rattachent à la vie*, Paris, de Boeck, 2006.
12. - BRUCKERT E., GIRAL P., PAILLARD F., FERRIÈRES J., SCHLIENGER JL., RENUCCI JF., ABDENNBI K., DURACK I., CHADAREVIAN R.: *Effect of an Educational Program (PEGASE) on Cardiovascular Risk in Hypercholesterolaemic Patients*, *Cardiovasc Drugs Ther*, 2008.
13. - CAMBOU J.P., DUJARDIN J.J. : *Epidemiology of myocardial infarction*, Edition Elsevier, Volume 2, 2005, p.375-387.
14. - CANGUILHEM G. : *Le normal et le pathologique*, Paris, Puf, 2007.
15. - CLAIVAZ V., FIENI S. : *Infarctus du myocarde en milieu aigu : perspective d'éducation thérapeutique. Programme de formation en soins infirmiers*. Volée Bachelor 2010, Lausanne.
16. - CLARK D. ET FORBES C.: "Patient empowerment stroke – a strategy for Scotland", *Scottish Medical Journal*, 2001, 46, p.71-72.
17. - COLLÈGE DES ENSEIGNANTS DE CARDIOLOGIE : *Item 132, Angine de poitrine et infarctus du myocarde*, 2009.
18. - CYRULNIK.B. : *Les vilains petits canards*, Edition Odile Jacob 2001.

19. - D'IVERNOIS J.F., GAGNAYRE R. : *Apprendre à éduquer le patient*. Paris : Maloine, 2^e édition, 2004.
20. - D'IVERNOIS J.F., GAGNAYRE R. : *Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique*, 3^e édition, Maloine, Collection Éducation du patient, 2008.
21. - FREUD S. : *Deuil et mélancolie*. Paris, Gallimard, 1968.
22. - GIBSON C.H.: "A concept analysis of empowerment", *Journal of advanced nursing*, 1991.
23. - GIRAUDET JS.: « Annonce du diagnostic de maladie chronique à un patient », *Synoviale* n°151., mai 2006
24. - HAS : *Education thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser ?* Juin 2007.
25. - HAS : *Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisations*. Juin 2007.
26. - HAS : *Infarctus du myocarde, Dossier de presse*, avril 2009.
27. - HAS : *Infarctus du myocarde, Programme PILOTE 2008-2013*.
28. - HAS : *Programmes d'éducation thérapeutique du patient : la HAS publie un guide pour l'auto-évaluation annuelle*. Avril 2012.
29. - IGUENANE J., GAGNAYRE R. : « L'éducation thérapeutique du patient : le diagnostic éducatif », *Kinésithérapie, Les cahiers* n° 29-30 - mai-juin 2004, pp. 58-64.
30. - JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE du 4 août 2010, Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser de l'ETP
31. - KELLER PF, GOLAY A, LERCH R, MACH F.: « Le chaînon manquant dans le traitement du syndrome coronarien aigu: l'éducation thérapeutique », *Kardiovaskuläre Medizin*, 2008.

32. - LACROIX A., ASSAL JP.: *L'éducation thérapeutique des patients : Accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches*, Troisième édition, Chapitre 5, p.34.
33. - LACROIX A., GOLAY A., ASSAL J.PH : « Le processus d'acceptation d'une maladie chronique », *Revue Suisse de médecine* n°48, 1993, pp.1370-1372.
34. - LACROIX A. : *Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ?* Santé Publique. 2007.
35. - LAHLOU-LAFORET K. : « Détection et prise en charge des syndromes dépressifs après un événement coronaire », *Réalités cardiologiques* n° 218, Cahier 1, juin 2006.
36. - MAILLOLS-PERROY A-C., VIDAL A. : *Publication du décret n°2010-1031 du 31 août 2010 relatif aux programmes d'apprentissage et pris en l'application de l'article L.1161-5 du code de la santé publique, l'éducation thérapeutique et le bon usage du médicament*. *Revue Droit et Santé* n°38. Droit des produits de santé, p.543 à 545. Novembre 2010.
37. - OMS: *Rapport de l'OMS- Europe Therapeutic Patient Education- Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Fiels of Chronic Disease, 1996*, Traduction française 1998.
38. - PROUST M. : *A la recherche du temps perdu ; Du côté de chez Swann*, Gallimard 1946-1947.
39. - SANDRIN-BERTHON B. : *A quoi sert l'éducation pour la santé pour pratiquer l'éducation du patient ?* INPES. *La Santé de l'homme* 383, juin 2006. p.40-42.
40. - SANDRIN-BERTHON B. : *Diagnostique éducatif ou bilan éducatif partagé ?* *Médecine des maladies métaboliques*, Edition Masson, volume 4, février 2010, p38.
41. - SANDRIN-BERTHON B. : *Eduquer un patient : comment être plus performant ?* *La revue du praticien. Médecine Générale*. Tome 15, N°549 du 15 octobre 2011.
42. - TRAYNARD PY. : *Le diagnostique éducatif, une bonne idée pour évoluer*. *Médecine des maladies métaboliques*, Edition Masson, volume 4, janvier 2010.

ANNEXES

- *Annexe 1 : Lettre de sollicitation de présentation de l'étude*

« Bonjour Madame/Monsieur,

Je suis un étudiant qui fait un travail de recherche pour essayer de connaître les besoins et les attentes des patients qui ont eu un infarctus du myocarde, au moment de leur retour à la maison.

Pour cela, je souhaiterais m'entretenir avec vous si vous êtes d'accord afin de recueillir votre témoignage et votre ressenti.

Notre entretien durera environ trente minutes et sera enregistré si vous le permettez.

Cet entretien sera confidentiel et anonyme. Toutes les données seront anonymisées dans mon travail de recherche.

Au cours de l'entretien, n'hésitez pas à m'arrêter si quelque chose vous interpelle.

Tout ce que vous me direz sera intéressant pour mon travail.

Notre entretien se déroulera autour de quatre grands axes, puis nous terminerons par un court questionnaire.

Si vous le voulez bien nous allons commencer ».

- *Annexe 2 : Guide d'entretien individuel semi-dirigé*

Préambule :

Avant d'entrer dans le sujet à proprement parlé, comment vous sentez- vous aujourd'hui ?

1 ère partie : Comment va se passer d'après vous le retour à la maison ?

- Comment ça se passe à la maison pour :
 - Vos activités.
 - Vos loisirs.
 - Vos relations aux autres (famille, amis, travail)
 - Vos habitudes de faire.
- Qu'est- ce qui va changer par rapport à vos façons de faire habituellement ?

2^{ème} partie : Quelles sont vos ressources pour faire face à la maladie et que vous manque t'il aujourd'hui pour le retour à la vie quotidienne ?

- Qu'est- ce qui vous aide à faire face dans la vie de tous les jours?

- Pouvez-vous me dire ce qui vous a déjà aidé, vous ou vos proches à vous sortir d'un coup dur, d'une épreuve de vie ?

- Que vous manque-t-il pour faire face aux difficultés de tous les jours ?
 - Difficultés à la maison.
 - Difficultés au travail.
 - Difficultés financières

3^{ème} partie : Comment vivez- vous cet évènement et quel en est le retentissement sur votre vie, sur votre moral ?

- Comment va votre moral maintenant ?

- Quelles émotions ressentez- vous ?

4^{ème} partie : Que pensez-vous de ce qui vous est arrivé ?

- Pour vous, qu'est- ce qui a favorisé votre maladie ?

- Que savez-vous de votre maladie ?

- Qu'est-ce que vous connaissez du pronostic ?
- Que pensez-vous de ce qu'on vous propose pour stabiliser votre état de santé ?
- Est-ce que ce qu'on vous propose vous paraît - t'il contraignant ?
- Comment voyez-vous l'avenir ?

5^{ème} partie : Synthèse et conclusion

Nous arrivons à la fin de notre entretien.

Avez-vous des choses qui vous ont interpellé ?

En récapitulatif de notre entretien (synthèse des idées principales)

Je vous remercie de votre écoute et de votre attention.

Souhaitez-vous que je vous envoie le résumé de mon travail ?

Ma directrice de thèse et moi-même vous invitons à la soutenance de mon travail de recherche en septembre.

Souhaitez-vous y participer ?

SERMENT D'HIPPOCRATE

Préambule : Le serment d'Hippocrate prononcé par tous les étudiants avant d'obtenir leur titre de docteur en médecine est un événement qui clôt symboliquement leur formation initiale. Depuis la Grèce antique et au fil de l'évolution de la société, il existe plusieurs versions de ce serment, j'ai souhaité prêter serment aujourd'hui devant vous en lisant un texte original imaginé par Martin Winckler. Ce médecin généraliste est reconnu par ses pairs pour parler et écrire avec justesse sur la relation médecin patient qui est la compétence centrale de notre métier. Ce code éthique en dix points, présenté en avril 2014 au congrès d'éthique de Paris, est original en ce qu'il laisse la parole au patient. Il s'est imposé à moi comme une évidence à la suite de ce travail de recherche qui m'a permis d'accéder, autant que faire se peut, à la réalité de vie des patients.

1. Je suis le patient, ton égal, et je te choisis comme soignant. En échange de ma confiance, tu assumeras la responsabilité de mes soins avec loyauté. Car je n'ai pas besoin d'une relation de pouvoir, mais de soutien, d'assistance et de partage.

2. Pour me soigner au mieux, physiquement et moralement, tu mettras en œuvre ton savoir, ton savoir-faire, ton intelligence et ton humanité; tu prendras garde, en tout temps, à ne pas me nuire.

3. Tu respecteras ma personne dans toutes ses dimensions, quels que soient mon âge, mon genre, mes origines, ma situation sociale ou légale, ma culture, mes valeurs, mes croyances, mes pratiques, mes préférences. Si tes valeurs sont trop éloignées des miennes pour que tu te sentes prêt à me soigner, tu m'aideras sans réserve à trouver le soignant dont j'ai besoin.

4. Tu seras le confident et le témoin qui entend mes plaintes, mes craintes et mes espoirs sans jamais les disqualifier, les minimiser, les travestir, les museler, les divulguer sans mon accord ou les utiliser contre moi. Tu seras mon interprète et mon porte-parole, celui qui parle en mon nom mais non à ma place. Tu ne me soumettras pas à des interrogatoires inquisiteurs et tu ne me bâillonneras pas.

5. Tu partageras avec moi, sans réserve et sans brutalité, toutes les informations qui me concernent et dont j'ai besoin pour comprendre et supporter ce qui m'arrive, pour faire face à ce qui m'arrivera. Tu répondras

patiemment et sans restriction à toutes mes questions ; tu ne me cantonneras pas au silence, tu ne me laisseras pas dans l'ignorance.

6. Tu m'aideras à prendre les décisions qui me concernent, en m'informant et en me guidant au mieux. Tu n'entraveras jamais ma liberté par la menace, le chantage, le mensonge, le mépris, la manipulation, le reproche, la culpabilisation, la honte, la séduction. Tu ne me tromperas ni sur tes compétences ni sur tes limites. Tu ne m'abuseras pas et tu n'abuseras pas de moi.

7. Tu m'assisteras non seulement face à la maladie, mais aussi face à tous ceux qui pourraient profiter de mon état - tout particulièrement s'il s'agit d'autres professionnels de santé. Tu ne seras ni leur complice ni leur serviteur. Et tu refuseras que quiconque - moi y compris - t'achète ou t'utilise.

8. Tu m'aideras à lutter contre les injustices qui m'empêchent de recevoir des soins, tu respecteras et feras respecter les lois qui me protègent. Tu te tiendras à jour des connaissances scientifiques et des savoir-faire libérateurs ; tu lutteras contre les obscurantismes.

9. Tu respecteras tous les autres soignants, quels que soient leur statut, leur formation, leur mode d'exercice et tu œuvreras de concert avec eux. Car j'ai besoin de soignants qui travaillent ensemble, et non de professionnels aliénés par la hiérarchie ou les luttes de pouvoir.

10. Tu te soigneras et tu soigneras les tiens avec le même engagement et la même loyauté qu'à mon égard. Car si je ne veux pas d'un soignant qui m'exploite, je ne veux pas non plus d'un soignant qui se sacrifie. J'ai besoin d'un soignant que soigner gratifie.

En tant que médecin je m'engage devant vous à respecter tous ces points avec force et bienveillance, je ferai tout mon possible pour rester fidèle à ces principes avec l'aide des personnes de mon entourage, de mes pairs et de mes patients.

RESUME

INTRODUCTION

La maladie coronarienne reste la première cause de décès dans les pays industrialisés. La loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) de 2009 fait de l'éducation thérapeutique (ETP) un enjeu de santé publique, dans la mesure où elle la place au cœur de la prise en charge des patients atteints de pathologie chronique. La part biomédicale ne suffit pas à assurer une qualité optimale de prise en charge et l'aspect psycho-social devrait occuper une place plus importante dans la stratégie thérapeutique. En l'absence de données sur le vécu des patients après un infarctus du myocarde, nous avons voulu identifier les besoins éducatifs de ces derniers, base de tout programme d'éducation thérapeutique, au moment de leur retour à domicile.

METHODE

Une étude qualitative, descriptive, transversale, a été menée chez des patients coronariens dans un centre de rééducation-cardiovasculaire et de cardiologie du Var-Est à partir d'entretiens individuels semi-dirigés. Un questionnaire permettait de recueillir les caractéristiques sociodémographiques des participants. Chaque entretien était analysé de façon individuelle, puis de façon globale afin d'établir une catégorisation générale.

RESULTATS

Neuf entretiens ont été menés au cours d'une période de trois mois, de février à avril 2014.

Les patients, fragilisés par la maladie, expriment de façon objective et subjective différents besoins, allant de l'aide à la prise de conscience de leur état de santé à une meilleure gestion des émotions et de leur fragilité psychologique. Ils expriment également un besoin de temps, d'accompagnement à leur reconstruction, à leur autonomisation, un besoin d'aide aux changements de projets de vie.

CONCLUSION

L'entrée brutale dans la maladie coronarienne est un véritable choc psychologique pour tous les patients. Elle entraîne une rupture identitaire et une perte d'autonomie chez ces derniers que les professionnels de santé doivent connaître et reconnaître afin d'organiser une prise en charge globale adaptée.

MOTS CLES

Education thérapeutique du patient ; Médecine générale ; Coronaropathie ; Besoins.