



HAL
open science

Analyse d'un programme d'éducation thérapeutique ambulatoire sur les facteurs de risques et maladies cardiovasculaires en Soule

Zoé Vella

► **To cite this version:**

Zoé Vella. Analyse d'un programme d'éducation thérapeutique ambulatoire sur les facteurs de risques et maladies cardiovasculaires en Soule. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01263514

HAL Id: dumas-01263514

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01263514>

Submitted on 27 Jan 2016

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 Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2016

Thèse N°7

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 18 janvier 2015

Par Zoé VELLA

Née le 1 mai 1986 à Créteil

Titre de la thèse :
Analyse d'un programme d'éducation thérapeutique ambulatoire sur
les facteurs de risques et maladies cardio-vasculaires en Soule

Thèse dirigée par :

Monsieur le Docteur Pierre CABROL

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Thierry COUFFINHAL.....Président
Monsieur le Professeur Bernard GAY..... Rapporteur
Monsieur le Professeur Vincent RIGALLEAU.....Juge
Monsieur le Docteur Jean-Claude GAILLARD.....Juge

SOMMAIRE

Réseau de soins dans propositions

1 INTRODUCTION.....	6
2 CONTEXTE.....	8
2.1 MALADIES ET FACTEURS DE RISQUES CARDIO-VASCULAIRES.....	8
2.1.1 Economie de la santé.....	8
a) Morbi-mortalité.....	8
b) Dépenses de santé.....	8
2.1.2 Risque cardiovasculaire.....	9
2.2 L'EDUCATION THERAPEUTIQUE.....	11
2.2.1 Fondements législatif.....	11
2.2.2 Concepts en matière d'éducation thérapeutique.....	12
a) Qu'appelle-t-on "éducation thérapeutique".....	12
b) Qu'est-ce que la compétence.....	12
c) Les modèles d'éducation de la santé.....	12
2.3 PROGRAMME d'EDUCATION THERAPEUTIQUE.....	13
2.3.1 Grands principes.....	13
a) Définition d'un programme d'ETP.....	13
b) Cadre de localisation.....	13
c) Cadre Réglementaire.....	14
d) Cadre Méthodologique.....	15
e) Cadre Humain.....	17
2.3.2 Critères de qualité.....	18
2.3.3 Auto-évaluation.....	19
a) Déroulement de la démarche l'auto-évaluation.....	20
b) Outils d'auto-évaluations.....	20
c) Auto-évaluation de la satisfaction du patient.....	20

3 MATERIEL ET METHODES.....	21
3.1 Description de la méthode par observation directe.....	21
3.2 Outils et supports pédagogiques.....	22
a) Le diagnostic éducatif partagé.....	22
b) La pyramide alimentaire.....	22
c) Sets de tables destinés à l'éducation nutritionnelle.....	23
d) Le convertisseur d'activités physiques.....	24
e) Semainier de prise de médicaments.....	24
f) Signes d'alerte, vigilance et auto-surveillance.....	24
g) Gradateur d'activités physiques.....	25
3.3 Formation des éducateurs thérapeutique.....	26
3.4 Déroulement du programme.....	27
a) Le financement du programme.....	27
b) L'équipe d'éducateurs.....	28
c) Le recrutement des patients.....	28
d) Le cadre pédagogique.....	28
3.5 Questionnaires d'auto-évaluation du programme.....	30
4 RESULTATS.....	32
4.1 Validité de la qualité du programme.....	32
4.2 Analyse des avantages et limites.....	34
4.3 Analyse des questionnaires d'auto-évaluation du programme.....	37
4.3.1 Questionnaires de satisfactions patients participants.....	37
4.3.2 Questionnaires d'efficacité ressentie.....	38
4.3.3 Questionnaires de satisfactions éducateurs soignants.....	39
5 DISCUSSION.....	40
5.1 Originalités et limites de l'étude.....	40
5.2 Interprétations des résultats.....	41
5.3 Comparaison des résultats avec ceux de la littérature.....	42
5.3.1 Avantages et limites d'autres programmes d'ETP ambulatoires en France.....	42
5.3.2 Satisfactions de la participation à un programme d'ETP.....	43

5.4 Propositions pour développer les actions d’ETP en ambulatoire.....	43
5.4.1 Homogénéisation de la formation et de l’évaluation.....	43
5.4.2 Valoriser l’acte d’ETP.....	44
5.4.3 Organisation de l’ETP à l’échelle individuelle et régionale.....	44
5.4.4 Améliorer le réseau de soins ville-hôpital.....	45
5.5 Pérennisation de l’ETP du patient.....	45
6 CONCLUSION.....	46
7 BIBLIOGRAPHIE.....	47
8 ANNEXES.....	52
8.1 Journal de terrain du programme d’éducation thérapeutique de Soule.....	52
8.1.1 Séance n°1 : Vécu de la maladie et facteurs de risques cardio-vasculaires	
8.1.2 Séance n°2: Nutrition et Activité physique.....	57
8.1.3 Séance n°3: Vigilance Auto surveillance et traitement.....	61
8.2 Matériel pédagogique.....	64
Annexe 1 : carte de déambulation.....	64
Annexe 2 : Le diagnostic éducatif partagé.....	65
Annexe 3 : La pyramide alimentaire.....	66
Annexe 4 : Sets de tables destinés à l’éducation nutritionnelle.....	67
Annexe 5 : Le convertisseur d’activités physiques.....	68
Annexe 6 : Semainier de prise de médicament.....	69
Annexe 7 : Gradateur d’activités physiques.....	70
Annexe 8 : Questionnaire pré-test/post-test.....	71
Annexe 9 : Grille d’observations.....	72
Annexe 10 : Questionnaire satisfaction patient.....	73
Annexe 11 : Questionnaire satisfaction éducateur.....	74
Annexe 12 : Questionnaire efficacité ressenti.....	75
9 RESUME.....	76

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Thierry COUFFINHAL qui a accepté d'être président du jury de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Bernard GAY qui a accepté d'être rapporteur et membre du jury de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Vincent RIGALLEAU qui a accepté d'être membre du jury de cette thèse.

Au Docteur Jean-Claude Gaillard qui a accepté d'être membre du jury, avec qui je travaille dans la MSP de Mauléon où je continue à y apprendre la médecine mais aussi la cuisine.

Au Docteur Cabrol, mon ancien maître de stage qui a accepté d'être mon directeur de thèse et m'a donné l'envie de travailler à Mauléon mais aussi de m'intéresser à la culture Souletine.

Aux Docteur Alfonso Mélanie et Docteur Magot Laurent qui m'ont donnés les bonnes pistes pour mener à bien cette thèse.

Au Docteur De Gaye, mon autre ancien maître de stage qui travaille à Mauléon mais aussi au Cameroun où j'aimerais aller un jour.

Aux Secrétaires, Marie-Rose et Annie qui me soutiennent au quotidien dans mon exercice de médecin généraliste remplaçant à Mauléon

A ma famille qui m'a toujours soutenue, à mes parents, mon frère Tom le caméraman et à mon compagnon Johan.

A mes amis passés présents et futurs sans qui la vie n'aurait pas le même piquant :
A mes amis de la Faculté de Paris VII : Louis, Pauline, Morgane, Mathilde, Maude, Léa, Audrey, Edouard, Clément, Kamel, Karim, Matthieu, Pierre et Martin.

A mes amis de l'internat d'Aquitaine : Anne-so, Caro, Héléne, Raph, Julie, Antoine, Max, Nico, Goeff, Bibi, Romain, Florie, Yoyo et Eroan.

1 INTRODUCTION

Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde: il meurt chaque année plus de personnes en raison de maladies cardio-vasculaires que de toute autre cause (1). En France, Les maladies cardio-vasculaires représentent la deuxième cause de mortalité et la troisième cause de mortalité prématurée (avant 65 ans). (2)

Il s'agit donc d'un réel problème de santé publique tant dans son impact sur la mortalité que sur sa prise en charge quotidienne en tant que maladie chronique. L'étude INTERHEART (3) réalisée dans le monde entier a permis d'identifier 6 facteurs de risque potentiellement modifiables (dyslipidémie, tabagisme, hypertension artérielle, diabète sucré, obésité abdominale, stress psychosocial) et 3 facteurs protecteurs (consommation journalière de fruits et légumes, consommation modérée d'alcool, pratique régulière d'exercice physique).

Ainsi s'il existe des facteurs modifiables, il convient de savoir comment les modifier afin d'espérer pouvoir diminuer la mortalité dû à ces maladies mais également leur prise en charge quotidienne.

Pour modifier le mode de vie des patients atteints de maladies cardio-vasculaires l'éducation thérapeutique (ETP) a clairement montré son efficacité en prévention secondaire en post infarctus du myocarde et dans l'insuffisance cardiaque (4) (5).

En prévention primaire, le programme européen EUROACTION a également montré l'efficacité d'une approche incluant l'environnement du patient afin d'optimiser le traitement et la prise en charge des facteurs de risques cardio-vasculaires (6) montrant ainsi l'intérêt de programmes d'éducatons thérapeutiques sur les maladies cardiovasculaires locaux adapté à chaque pays.

En France, la Mutualité sociale agricole (MSA) a testée un programme d'ETP sur les maladies et facteurs de risques cardiovasculaires de proximité qui a permis aux participants du programme d'améliorer la compréhension de leur traitement, de leur alimentation et de leur activité physique dans le cadre de séances d'éducation thérapeutiques collectives (7).

Notre étude se posera justement la question suivante : Quels sont les avantages et limites d'un programme d'éducation thérapeutique sur les maladies et facteurs de risques cardio-vasculaires dans un milieu rural en Soule dans le cadre de séances collectives ?

En Aquitaine, l'étude ETHICCAR (8) a comparé l'efficacité des méthodes individuelles ou collectives d'éducation thérapeutique par rapport au suivi habituel (groupe témoin) sur la morbi-mortalité cardio-vasculaire.

Cependant il reste à savoir s'il est possible de généraliser les démarches de l'ETP à l'ensemble des généralistes et si l'efficacité de formations à l'ETP est adaptée aux spécificités d'une activité ambulatoire.

L'objectif de notre travail sera précisément d'analyser le programme ambulatoire d'éducation thérapeutique sur les maladies et facteurs de risques cardio-vasculaires mis en place en Soule pour en extraire de manière authentique des avantages et des inconvénients.

Nous avons comme hypothèse principale qu'il est possible de réaliser un programme d'éducation thérapeutique ambulatoire par des éducateurs thérapeutiques formés en milieu rural dans le cadre de séances collectives auquel il existe des avantages mais aussi un certains nombres de limites à prendre en compte sur le terrain.

Enfin en matière d'éducation thérapeutique, il n'y a pas de nécessité à lier directement l'intervention d'éducation avec les résultats biologiques et cliniques. Ainsi la perception de l'utilité de l'éducation par le patient et sa satisfaction sont des critères d'évaluation pertinents pour évaluer l'impact positif d'un programme d'éducation thérapeutique sur ses participants comme le préconise la Haute Autorité de Santé (HAS (9))

Nous avons comme hypothèse secondaire que ce programme d'éducation thérapeutique réalisé en Soule est satisfaisant pour tous ses participants : éducateurs thérapeutiques et patients.

L'analyse du programme ambulatoire d'ETP de Soule sur les maladies cardio-vasculaires se portera donc sur les avantages et limites d'un tel programme ainsi que sur la satisfaction de ces participants.

2 CONTEXTE

2.1 MALADIES ET FACTEURS DE RISQUES CARDIOVASCULAIRES.

2.1.1 Economie de la santé

a) Morbi-mortalité

Les maladies cardio-vasculaires sont la 1^{ère} cause de mortalité dans le monde : il meurt chaque année plus de personnes en raison de maladies cardio-vasculaires que de toute autre cause. (1)

Les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) tuent environ 17 millions de personnes par an, soit près d'un 1/3 de tous les décès dans le monde. En 2020, les maladies cardiaques et AVC deviendront la principale cause de décès et d'incapacité dans le monde entier, avec le nombre de décès devrait augmenter à plus de 20 millions par an et d'ici 2030 pour plus de 24 millions par an. (10)

Le taux de mortalité par cardiopathie ischémique augmente fortement avec l'âge. En 2008, les taux bruts de décès étaient de 9,7 pour 100 000 chez les personnes de moins de 65 ans, de 194,3 chez celles ayant entre 65 et 84 ans et de 1082,8 chez celles ayant 85 ans ou plus. (11)

Les maladies cardio-vasculaires sont la 3^{ème} cause d'hospitalisation avec 10 % du total des séjours annuels derrière les maladies de l'appareil digestif (12 %) et les séjours pour surveillance, examens ou motifs sociaux (11 %) (12).

b) Dépenses de santé

En France, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) concernant les maladies cardiovasculaires représentent le poste le plus important (12,6 %), devant les troubles mentaux (10,6%) et les maladies ostéo-articulaires (9 %) (13)

En Europe, le coût direct des maladies cardio-vasculaires est évalué, selon les statistiques établies par l'Université d'Oxford, pour l'ensemble des financeurs des dépenses de santé à près de 110 Milliards d'euros, soit un coût moyen annuel par habitant de 223 euros en 2006. Cela représente environ 10% de la dépense de santé des pays européens. Plus de la moitié des dépenses seraient relatives aux soins hospitaliers (54%), 28 % aux médicaments, le reste étant consacré aux soins

ambulatoires (16%) et aux urgences (2%). En France, la répartition des coûts directs serait quasiment similaire. Avec un coût total direct des maladies cardio-vasculaires estimé à 13 Milliards d'euros à partir de la CSBM, soit une dépense moyenne par personne de 207 euros. (14)

2.1.2 Risque cardio-vasculaire

Les maladies cardiovasculaires regroupent l'ensemble des maladies du cœur et des vaisseaux sanguins. Elles concernent le muscle cardiaque, les artères, les valves, les vaisseaux cérébraux et les vaisseaux des membres inférieurs et de l'aorte.

Les facteurs de risque cardio-vasculaires sont bien identifiés ce sont des facteurs sur lesquels il est possible d'intervenir efficacement, ils sont également utilisés lors d'une évaluation globale du risque cardiovasculaire.

Les principaux facteurs de risque sont l'âge, le sexe, la pression artérielle, la cholestérolémie, le tabagisme, les antécédents personnels et familiaux et le diabète. L'obésité et la sédentarité sont considérées comme des facteurs prédisposant et doivent être prises en compte dans une démarche de prévention de l'hypertension artérielle, du diabète et des dyslipidémies (15).

L'intervention médicale nécessaire dépend en principe de l'évaluation du risque : plus celui-ci est élevé, plus l'intervention sera intensive. L'approche recommandée en France, en 2004, pour évaluer le risque cardio-vasculaire global (RCV global) repose sur la sommation des facteurs de risque, chacun étant considéré comme binaire (présent ou absent) et ayant un poids identique. Ce risque est estimé faible, modéré ou élevé selon le nombre de facteurs de risque présents (16).

La prédiction du RCV global concerne les sujets qui n'ont aucune pathologie cardio-vasculaire exprimée et pour lesquels le dépistage et la prise en charge de facteurs de risque permettraient d'éviter, limiter ou retarder le développement d'une pathologie cardio-vasculaire donc en prévention primaire.

Les recommandations préconisent des interventions en rapport avec le style de vie: principalement l'arrêt du tabac chez les fumeurs mais également la promotion d'une alimentation saine et la pratique d'une activité physique.

La prévention des populations repose sur de multiples intervenants pouvant jouer un rôle dans l'éducation des populations à la santé : professionnels de santé, enseignants, éducateurs, associations de malades ou de lutte contre les maladies, médias.

Elle repose également sur les pouvoirs publics qui mettent en place et font appliquer les mesures de prévention à l'échelle collective.

Les efforts doivent porter essentiellement sur les mesures non médicamenteuses de prévention primaire :

- Lutte contre le tabagisme : éviter l'entrée dans le tabagisme des adolescents et inciter les fumeurs à arrêter de fumer : campagnes de prévention dans les écoles, collèges, lycées et universités, messages de prévention dans les médias, implication des médecins généralistes, spécialistes, et de la médecine du travail, développement de structures d'aide au sevrage tabagique, politiques de lutte contre le tabagisme dans les lieux publics, augmentation du prix du tabac (17).

- Lutte contre la sédentarité: campagnes de prévention incitant à une activité physique quotidienne minimale, accès facilité aux structures sportives, enseignement de l'éducation physique de l'école (18).

- Lutte contre l'obésité et les déséquilibres alimentaires : Le Programme National Nutrition Santé (PNNS 1) 2001-2005 recense les mesures à mettre en place pour améliorer l'état de santé de la population en agissant sur la nutrition.

Il s'agit d'informer et d'orienter les consommateurs vers des choix alimentaires satisfaisants, d'éduquer les jeunes et de prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins.

Il convient de développer des collaborations entre pouvoirs publics et industriels de l'agro-alimentaire et de la restauration collective de façon à améliorer la qualité de l'alimentation collective : réduire des quantités de sel, sucres rapides et graisses saturées des aliments et à renseigner le consommateur sur la composition des aliments : étiquetage de la composition nutritionnelle des aliments du commerce.

Le PNNS 2 met l'accent sur la lutte contre l'obésité et prévoit la mise en place de systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle de la population et le développement de la recherche en nutrition humaine (19).

2.2 L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

2.2.1 Fondements législatifs

1998, le rapport élaboré par un groupe expert de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) constitue le rapport de référence pour les orientations du développement de l'éducation thérapeutique (20). Le contexte national de surmortalité en France, de prévalence croissante des maladies chroniques, d'inégalités de santé et de baisse de la démographie médicale décrit par le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) en 1998 renforce la nécessité de soutenir activement le développement de l'éducation thérapeutique.

2001, la circulaire de la Direction Générale de la Santé (DGS) sur la prise en charge des diabétiques en France, les recommandations sur la prise en charge du patient asthmatique, participe à la mise en place d'un plan national d'éducation pour la santé.

2004, La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé contribue, par des aspects portant sur le devoir d'information aux malades, la coopération des professionnels, les aides financières, à l'essor de l'éducation thérapeutique, essentiellement dans le secteur hospitalier.

2006, la LOLFSS (loi organique relative à la loi de financement de la sécurité sociale) où les crédits dévolus aux actions de santé publique sont rassemblés dans un nouveau programme intitulé « Santé publique et prévention » dans lequel figure explicitement l'éducation thérapeutique. Ce cadre budgétaire pose le problème du risque d'orientation vers certains types d'approches de type prestation de service, s'inspirant du « disease management » récemment évoqué dans un rapport de l'inspection générale de la santé (21).

2007, sont apparues des recommandations de HAS ciblées sur : « La structuration d'un programme d'ETP dans le champ des maladies chroniques » (22). Elles ont conduit à l'adoption du « Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007- 2011 » (23).

2009, a été adoptée la loi portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la Santé et aux Territoires (HPST). Des agences régionales de santé (ARS) ont été créées en avril 2010. L'article 84 de la loi HPST officialise l'ETP pour la première fois, en une politique nationale. Elle prévoit l'implication de l'HAS dans les programmes d'ETP du patient. (24)

2.2.2 Concepts en matière d'éducation thérapeutique

a) Qu'appelle-t-on "éducation thérapeutique"?

En 1998, le groupe expert de l'OMS Europe a proposé la définition suivante :

"L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et **les compétences** qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec la maladie. Il s'agit, par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie"(25).

b) Qu'est-ce que la compétence

Selon Guy Boterf, « la compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donnés »

La compétence distingue plusieurs types de savoirs :

- des savoirs théoriques (savoir comprendre, savoir interpréter)
- des savoirs procéduraux (savoir comment procéder)
- des savoirs faire procéduraux (savoir procéder, savoir opérer)
- des savoirs faire expérientiels (savoir y faire, savoir se conduire)
- des savoirs faire sociaux (savoir se comporter, savoir se conduire)
- des savoirs faire cognitifs (savoir traiter des informations, savoir raisonner, savoir nommer ce que l'on fait, savoir apprendre) (26)

c) Les modèles d'éducation de la santé

Les modèles en éducation décrivent le rôle du formateur et du formé et servent à concevoir concrètement des modèles d'ETP.

Le modèle traditionnel d'enseignement est le modèle transmissif, il privilégie le rapport au savoir et aux processus de sa transmission qui se déroule sous forme d'exposé, de cours individualisés ou de consultations. La transmission des savoirs au patient est nécessaire et fait partie de tout programme éducatif.

Les deux modèles de conception de la santé sont (27) :

- **Le modèle biomédical de la santé** : l'éducation thérapeutique se centre sur la maladie et l'organe en souffrance sans prendre en compte l'ensemble des facteurs sociaux, environnementaux et personnels qui interagissent dans la maladie. Exemple l'obésité, l'approche uniquement centrée sur la diététique, apporte un savoir et un savoir-faire, mais en revanche, elle occulte tout ce qui touche au savoir être.

- **Le modèle global de la santé positive ou modèle biopsychosocial** : l'éducation thérapeutique s'intéresse à l'ensemble des facteurs qui interagissent dans l'évolution de la maladie chronique, plus centrée sur le patient que sur la maladie. Les programmes recourent à des intervenants de différentes disciplines dans une perspective de prise en charge globale : sport, alimentation, coaching, esthétique...

Actuellement, le modèle préconisé par les spécialistes de l'éducation thérapeutique est le modèle biopsychosociale (28) car il est plus adapté aux pratiques d'ETP.

2.3 LE PROGRAMME d'EDUCATION THERAPEUTIQUE

2.3.1 Grands principes

a) Définition d'un programme d'ETP

Définition de l'HAS : « Un programme d'éducation thérapeutique du patient est : un ensemble coordonné d'activités d'éducation animées par des professionnels de santé ou une équipe avec le concours d'autres professionnels et de patients. Il est destiné à des patients et à leur entourage. Il est mis en œuvre dans un contexte donné et pour une période donnée. » (29)

b) Cadre de localisation

L'accès du patient au programme est réalisé sur proposition d'un professionnel de santé ou en accès direct. L'ETP est intégrée à la prise en charge thérapeutique et le médecin traitant exerce un rôle central dans le suivi du patient.

Les programmes d'ETP s'organisent autour de différents dispositifs. Ils peuvent se dérouler dans :

- **une structure dédiée aux soins** : secteur hospitalier, établissement thermal, centre de santé
- **des structures de proximité** : professionnels de santé libéraux, réseaux et maisons de santé, milieu pénitentiaire, services des assurances maladies et mutuelles. (30)

c) Cadre réglementaire

Les agences régionales de santé (ARS) ont la responsabilité d'accorder les autorisations, de planifier, de financer et d'évaluer les programmes. Ces derniers doivent être conformes à un cahier des charges qui répond aux critères qualité de la HAS, validés par les ARS. L'autorisation est délivrée pour une durée de 4 ans et renouvelable.

L'ETP est dispensée par une équipe pluri-professionnelle composée d'au moins 2 soignants-éducateurs parmi les professionnels de santé répertoriés par le Code de la santé publique auxquels peuvent s'adjoindre d'autres compétences non médicales. Lorsque le programme n'est pas coordonné par un médecin, l'un de ces deux professionnels de santé est un médecin. Au moins un membre de cette équipe doit être formé à l'ETP, à raison de 40 heures d'enseignements théoriques et pratiques (31).

Les parcours sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé (article L.1161-2 du Code de la santé publique).

Le consentement préalable du patient est requis avant toute inclusion dans un programme. Le médecin traitant est informé de l'adhésion de son patient et des principales étapes. Des protections sont mises en place par la loi : confidentialité, interdiction de tout contact direct entre un malade, ou son entourage et une entreprise exploitant un médicament ou un dispositif faisant l'objet d'un programme.

Les traitements relatifs aux programmes d'apprentissage doivent préalablement faire l'objet d'une autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

d) Cadre méthodologique

Les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique sont définies par l'HAS (32) et sont les suivantes :

- L'acquisition et le maintien par le patient de **compétences d'auto-soins**. Parmi elles, l'acquisition de compétences dites de sécurité vise à sauvegarder la vie du patient. Leur caractère prioritaire et leurs modalités d'acquisition doivent être considérés avec souplesse, et tenir compte des besoins spécifiques de chaque patient.
- La mobilisation ou l'acquisition de **compétences d'adaptation**. Elles s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales.

Tout programme d'éducation thérapeutique personnalisé doit prendre en compte ces deux dimensions tant dans l'analyse des besoins, de la motivation du patient et de sa réceptivité à la proposition d'une ETP, que dans la négociation des compétences à acquérir et à soutenir dans le temps, le choix des contenus, des méthodes pédagogiques et d'évaluation des effets.

Étudions plus avant ces deux compétences :

Les compétences d'auto-soins

- Soulager les symptômes.
- Prendre en compte les résultats d'une auto-surveillance, d'une auto-mesure.
- Adapter des doses de médicaments, initier un auto-traitement.
- Réaliser des gestes techniques et des soins.
- Mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc.).
- Prévenir des complications évitables.
- Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie.
- Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

Les compétences d'adaptation

- Se connaître soi-même, avoir confiance en soi.
- Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress.
- Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique.
- Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles.
- Prendre des décisions et résoudre un problème.
- Se fixer des buts à atteindre et faire des choix.
- S'observer, s'évaluer et se renforcer.

Trois éléments sont identifiés pour réaliser un programme d'ETP :

- Un programme d'éducation thérapeutique définit, pour une maladie chronique donnée et dans un contexte donné, Qui fait Quoi, pour Qui, Où, Quand, Comment et Pourquoi réaliser et évaluer une éducation thérapeutique ? Il est un cadre de référence pour la mise en œuvre d'une éducation thérapeutique personnalisée.

- Une coordination des interventions et des professionnels de santé ainsi qu'une transmission des informations.

- Une planification en 4 étapes, détaillées ci-après, propose un cadre logique et cohérent pour l'action des professionnels de santé.

1. Élaborer un diagnostic éducatif.

Connaître le patient, identifier ses besoins, ses attentes et sa réceptivité à la proposition de l'ETP.

Appréhender les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, évaluer ses potentialités, prendre en compte ses demandes et son projet.

Appréhender la manière de réagir du patient à sa situation et ses ressources personnelles, sociales, environnementales.

2. Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage.

Formuler avec le patient les compétences à acquérir au regard de son projet et de la stratégie thérapeutique.

Négocier avec lui les compétences, afin de planifier un programme individuel.

Les communiquer sans équivoque au patient et aux professionnels de santé impliqués dans la mise en œuvre et le suivi du patient.

3. Planifier et mettre en œuvre les séances d’ETP individuelle ou collective ou en alternance.

Sélectionner les contenus à proposer lors des séances d’ETP, les méthodes et techniques participatives d’apprentissage.

Réaliser les séances.

4. Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme.

Faire le point avec le patient sur ce qu’il sait, ce qu’il a compris, ce qu’il sait faire et appliquer, ce qu’il lui reste éventuellement à acquérir, la manière dont il s’adapte à ce qui lui arrive.

Proposer au patient une nouvelle offre d’ETP qui tient compte des données de cette évaluation et des données du suivi de la maladie chronique.

e) Cadre humain

La composition d’une équipe dépend du public-cible, de la pathologie et de la nature des compétences à acquérir par le patient. Elle est donc multiple et intègre des professionnels de tous horizons comme par exemple, des sophrologues ou des socio-esthéticiens. Les intervenants dans un programme d’ETP sont :

- les médecins qui ont un rôle primordial dans l’orientation et le suivi des patients;
- les infirmières, au cœur du dispositif dans l’animation des programmes d’ETP et la coordination des différents acteurs ;
- les psychologues qui apportent un soutien motivationnel dans le parcours ;
- les diététiciens qui éduquent à la nutrition ;
- les pharmaciens qui animent des ateliers relatifs aux médicaments ;
- les podologues, pour éviter les complications du diabète par exemple ;
- les masseurs kinésithérapeutes et les éducateurs sportifs qui entraînent les patients à une activité physique adaptée.

Un gage de réussite des programmes d’ETP est la participation de patients “experts”, spécialement formés et membres des associations de patients. Par le partage d’expériences sur la maladie, ces derniers guident les équipes de professionnels sur leurs besoins spécifiques et constituent également un relais des messages des professionnels de santé.

Les professionnels justifiant d'au moins 40 heures de formation initiale ou continue en ETP peuvent intégrer une équipe. Ceux-ci doivent être capable de développer des compétences spécifiques: relationnelles, pédagogiques et d'animation, méthodologiques et organisationnelles, biomédicales et de soins.

Le partage des informations entre les différents intervenants et les modalités de suivi du programme ont lieu par l'intermédiaire d'un dossier d'éducation thérapeutique. Au même titre que l'accord du patient est recueilli, une charte de déontologie entre les intervenants est établie.

2.3.2 Critères de Qualité

Pour élaborer un programme d'éducation thérapeutique, nous listons ci-dessous les principaux éléments qui permettront l'obtention de résultats de qualité selon l'HAS (34)

- être **centré sur le patient** : intérêt porté à la personne dans son ensemble, prise de décision partagée, respect des préférences ;
- être **scientifiquement fondé** (recommandations professionnelles, littérature scientifique pertinente, consensus professionnel) et enrichie par les retours d'expérience des patients et de leurs proches pour ce qui est du contenu et des ressources éducatives ;
- faire **partie intégrante du traitement et de la prise en charge** ;
- concerner la **vie quotidienne** du patient, les facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux ;
- être **un processus permanent**, qui est adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient ; elle fait partie de la prise en charge à long terme ;
- être réalisée par des **professionnels de santé formés** à la démarche d'éducation thérapeutique du patient et aux techniques pédagogiques, engagés dans un travail en équipe dans la coordination des actions ;
- s'appuyer sur une évaluation des besoins et de l'environnement du patient (**diagnostic éducatif**), et être construite sur des priorités d'apprentissage perçues par le patient et le professionnel de santé ;

- se construire avec le patient, et **impliquer autant que possible les proches du patient** ;
- s'adapter au **profil éducatif et culturel du patient**, et respecter ses préférences, son style et rythme d'apprentissage ;
- être **défini en termes d'activités et de contenu**, être organisé dans le temps, réalisé par divers moyens éducatifs :
- utilisation de **techniques de communication** centrées sur le patient,
- séances **collectives ou individuelles**, ou en alternance, fondées sur les principes de l'apprentissage chez l'adulte (ou l'enfant),
- accessibilité à une variété de publics, **en tenant compte de leur culture**, origine, situation de handicap, éloignement géographique, ressources locales et du stade d'évolution de la maladie,
- utilisation de **techniques pédagogiques variées**, qui engagent les patients dans un processus actif d'apprentissage et de mise en lien du contenu des programmes avec l'expérience personnelle de chaque patient,
- être **multi-professionnelle**, interdisciplinaire et intersectorielle, intégrer le travail en réseau ;
- inclure une **évaluation individuelle** de l'ETP et du déroulement du programme.

2.3.3 Auto-évaluation

Tous les ans, le coordonnateur et l'équipe du programme d'ETP réalisent une auto-évaluation formative sur leurs activités, le processus et leurs résultats. L'HAS a édité un guide pour aider les équipes dans leur démarche. (33)

Tous les 4 ans, une évaluation terminale est réalisée pour décider de la poursuite du programme sur des critères de jugement définis par la HAS et l'agence régionale de santé (34). Un rapport est rédigé accessible aux bénéficiaires du programme.

a) Déroulement de l'auto-évaluation

- Le coordonnateur du programme est responsable de l'organisation et de la mise en œuvre de l'évaluation quadriennale. Il est souhaitable que le coordonnateur ait développé des compétences en évaluation.
- En pratique, le coordonnateur du programme d'ETP crée les conditions d'une réflexion collective et participative en réunissant l'équipe autant que nécessaire.
- Les bénéficiaires, les professionnels de santé impliqués dans le parcours des patients, en particulier les médecins traitants (généralistes, pédiatres, autres spécialistes), et des représentants d'associations de patients sont associés à la réflexion de l'équipe. À défaut leurs avis doivent être recueillis selon diverses modalités (interview, questionnaire) et pris en compte.
- Le coordonnateur rédige le rapport et veille à ce qu'il soit mis à disposition des bénéficiaires, selon des modalités choisies par l'équipe.
- Le coordonnateur et l'équipe peuvent être accompagnés pour conduire l'évaluation et/ou analyser les données en veillant à ce que cette aide extérieure ne se substitue pas à la dynamique de l'équipe et au rôle du coordonnateur. L'agence régionale de santé (ARS) peut renseigner les équipes sur les différentes ressources au sein de la région, et/ ou organiser sur son territoire des réunions d'échange entre les coordonnateurs de programme.

b) Outils d'auto-évaluations

L'évaluation pédagogique de l'ETP est facilitée par l'utilisation de techniques et d'outils. Cette étape, plus propice à un échange individuel, peut néanmoins s'effectuer en groupe. On peut créer ses propres outils d'évaluation ou utiliser des techniques déjà existantes dont la qualité a été validée selon les critères suivants : précision de la mesure, fiabilité, objectivité, commodité d'emploi, acceptabilité. Il faut se sentir à l'aise avec la technique choisie. Chaque outil est approprié à l'évaluation d'un domaine de compétence spécifique.

c) Auto-évaluation de la satisfaction du patient

L'évaluation de la satisfaction vise à recueillir le point de vue du patient et de ses proches sur la mise en œuvre du programme individuel d'ETP : déroulement, contenu, organisation, techniques pédagogiques utilisées, relation avec l'équipe. Elle permet un temps d'expression du ressenti du patient sur son adhésion au processus d'ETP, son bien-être, sa qualité de vie, les changements qu'il a entrepris et les éventuels bénéfices qu'il en a retirés.

3 MATERIEL ET METHODE

3.1 Description de la méthode par observation directe

La méthode choisie pour analyser le programme d'éducation thérapeutique sur les maladies et facteurs de risques cardio-vasculaires en Soule est l'observation directe : cette méthode d'enquête surtout utilisée en sociologie permet au chercheur d'observer directement, par sa présence sur le « terrain », les phénomènes sociaux qu'il cherche à étudier, ici il s'agira d'observer une séquence entière de 3 séances d'éducation thérapeutique de ce programme à un instant t et d'en extraire les avantages et les limites de manière authentique.

Notre étude d'observation directe sera ici non participante et à découvert ; le chercheur ne participera pas aux séances d'éducation thérapeutique cependant, il informera ses participants du fait qu'il est en train de faire une étude.

La population concernée est : tous les participants (patients et éducateurs) d'une séquence entière du programme étudié en Juin 2013.

Grâce à cette étude nous pourrions recueillir des données sur un phénomène et étudier un comportement dans une situation donnée.

Les recueils des données concernant les séances d'observations au cours des séances d'éducation thérapeutique seront inscrits dans un journal de terrain qui est un support essentiel de la collecte des données et de la réflexion. Ce journal constitue la trace principale du travail d'enquête. C'est là que le chercheur consigne les données collectées à l'issue de chaque séance d'observation. Ces séances seront retranscrites brutes puis séquencées en avantages/limites dans la partie résultats.

La collecte de ses données s'est faite par enregistrement vidéo.

La carte de déambulation des séances ; qui consiste à dessiner la configuration des lieux et protagonistes des séances d'éducation thérapeutique est celle d'une salle de classe en U avec un tableau véléda en face et les 2 éducateurs (médecin et infirmière) en face des participants. Le chercheur se trouve posé sur l'aile droite derrière les participants et le caméraman derrière le U. (annexe 1)

3.2 Outils et supports pédagogiques

Tous les outils et supports pédagogiques du programme de Soule ont été fournis aux éducateurs thérapeutiques par la MSA pour l'avènement du programme d'ETP sur les maladies et facteurs de risques cardio-vasculaires.

Ci-après voici les outils et supports pédagogiques proposés dans le cadre d'un programme d'ETP sur les maladies cardio-vasculaires :

a) Le diagnostic éducatif partagé (annexe 2)

Descriptif :

Document comprenant trois parties. Des fiches permettent au patient de laisser trace d'évènements à partager avec le médecin ; un volet correspondant à l'espace personnel du patient dans lequel ce dernier inscrit des informations qu'il pourra partager avec son médecin, et enfin, un recueil des supports utilisés lors des séances d'ETP de la MSA

Utilisation :

Possession du patient après qu'il ait suivi un programme ETP ; le dossier éducatif partagé favorise la communication avec le soignant à partir d'évènements notés par le patient, de documents consignés. Un espace personnel rassemble du point de vue du patient des informations importantes qu'il pourra partager avec son médecin. Le calendrier santé, les supports de mémorisation sont situés de manière à être fréquemment consultés.

Objectifs pédagogiques :

- Recueillir et conserver des informations à partager avec le médecin
- S'expliquer, comprendre les causes de sa maladie ; appliquer des conduites à tenir.

b) La pyramide alimentaire (annexe 3)

Descriptif :

Outil diététique destiné à apprendre au patient l'équilibre alimentaire sur une journée. En haut de la pyramide figurent les aliments (graisses, assaisonnement) que l'on doit consommer en plus petite quantité. La base de la pyramide est constituée par l'eau, que l'on doit boire à raison d'au moins six verres par jour. Cette pyramide, qui classe par ordre de fréquence souhaitable l'eau, les fruits et légumes, les céréales et féculents, les laitages, les viandes et poisson, les graisses est une

représentation imagée et pédagogique des recommandations du Plan National Nutrition Santé (PNNS).

Objectifs pédagogiques :

- Citer les groupes d'aliments nécessaires à un équilibre nutritionnel sur une journée.
- Situer les aliments dans les différents groupes.
- Comparer l'alimentation spontanée aux recommandations du Plan National Nutrition Santé.

c) Sets de tables destinés à l'éducation nutritionnelle (annexe 4)

Descriptif :

Quatre sets de table plastifiés ayant pour but d'aider le patient à classer les aliments en fonction : de leur teneur en graisses (en différenciant les graisses visibles des graisses cachées), du rôle plus ou moins athérogène des graisses, de leur teneur en sel, de leur teneur en sucre. Un cinquième set est une aide aux techniques culinaires pour limiter la teneur en graisse et en sel de la préparation alimentaire.

Les sets sont organisés comme des cibles : au centre se situent les aliments "les plus" : gras, sucrés, salés, athérogènes et en périphérie, les aliments "les moins" : gras, sucrés, salés, athérogènes. Des déclinaisons de couleur permettent de souligner les différentes zones d'aliments, du centre vers la périphérie. Les distinctions sont établies sur la base de 100g d'aliment.

Objectifs pédagogiques :

- Classer les aliments en fonction de leur teneur en sel, sucres, graisses.
- Classer les aliments gras en fonction de leur rôle plus ou moins athérogènes.
- Elaborer des techniques culinaires afin de diminuer l'apport en sel et en graisses de préparations alimentaires.

d) Le convertisseur d'activités physiques (annexe 5)

Descriptif :

Outil d'aide à la représentation de la dépense énergétique induite par différentes activités physiques de 30 minutes. La dépense énergétique est imagée sous forme d'équivalents alimentaires (pommes et pain-fromage). A la planification d'activités physiques sur une semaine.

Objectifs pédagogiques :

- Repérer l'intensité de l'activité physique pratiquée.
- Identifier la dépense calorique entraînée par différentes activités physiques.
- Planifier une activité physique régulière sur une semaine.

e) Semainier de prise de médicaments (annexe 6)

Descriptif :

Outil d'aide à la gestion quotidienne du traitement. L'outil est organisé en colonnes : Dans la première, le patient note le nom de ses médicaments et entoure dans les colonnes journalières les zones blanches correspondant au moment de la prise du médicament (matin, midi, soir). Une dernière colonne permet au patient de prévoir la date à laquelle la boîte de médicament sera finie et devra être remplacée.

Objectifs pédagogiques :

- Aider le patient à gérer au quotidien son traitement, en particulier dans le cas d'une prise de médicaments multiples.
- Aider le patient à gérer son stock de médicaments.
- Aider le patient à améliorer son observance thérapeutique.

f) Signes d'alerte, vigilance et auto-surveillance

Descriptif et utilisation: Les cinq outils suivants sont remis au patient hypertendu, insuffisant coronarien et/ou insuffisant cardiaque afin de lui permettre d'assurer une vigilance vis à vis de ses symptômes et d'en faire un compte rendu le plus précis possible au médecin. Il s'agit d'outils améliorant l'auto-surveillance et la communication patient-médecin :

- Identifier les symptômes d'HTA : fiche technique remise au patient, lui permettant de repérer les symptômes d'hypertension artérielle qu'il peut ressentir et d'en déduire la conduite à tenir (vérifier sa pression artérielle).

- Identifier les symptômes de douleur cardiaque : fiche technique -compte rendu- rassemblant toutes les caractéristiques d'une douleur d'origine cardiaque que le patient doit reconnaître et caractériser : localisation, intensité, horaire de survenue, durée, circonstances d'apparition, signes associés, degré d'essoufflement, difficulté à parler, degré d'angoisse, soulagement ou non par la trinitrine. La fiche est conçue pour que le patient puisse la remplir et la remettre au médecin en cas de réapparition de douleur(s) cardiaques. Il s'agit d'un véritable compte-rendu, très précis, d'un épisode douloureux. La fiche comporte également un rappel du "test clinique à la trinitrine".

- Identifier les symptômes d'essoufflement : fiche technique compte-rendu rassemblant toutes les caractéristiques des symptômes d'essoufflement à l'effort et au repos liés à l'insuffisance cardiaque : horaire de survenue, durée, intensité caractérisés par le nombre d'oreillers dans le cas de dyspnée au repos et dans le cas de dyspnée d'effort par la distance, le nombre d'étages, la pente ou le type d'activité.

La fiche est conçue pour que le patient puisse la remplir et la remettre au médecin pour caractériser avec le maximum de précision son (ses) essoufflement(s).

- Identifier des œdèmes et une prise de poids : fiche technique remise au patient atteint d'insuffisance cardiaque lui rappelant les endroits où il doit rechercher des œdèmes. Il comporte également un calendrier lui permettant de noter son poids au quotidien.

- Identifier des troubles du rythme cardiaque : Cette fiche technique compte-rendu rappelle au patient les sites de prise du pouls : carotide et poignet. Sur trois schémas, le patient peut noter les caractéristiques de son pouls : rapidité, régularité et les montrer au médecin.

Objectifs pédagogiques :

- Identifier ses symptômes d'hypertension artérielle.
- Identifier les caractéristiques d'une douleur d'origine cardiaque.
- Identifier les caractéristiques d'un essoufflement de repos, d'effort.
- Identifier des œdèmes et une prise de poids.
- Identifier des troubles du rythme cardiaque.

g) Graduateur d'activités physiques ou comment savoir si mon effort est adapté (annexe 7)

Descriptif :

Outil d'aide à l'évaluation par le patient de l'intensité de l'activité physique adaptée à son état.

Objectifs pédagogiques :

- Repérer par des signes et symptômes si un effort physique est faible, adapté ou trop intense.
- Evaluer l'intensité de l'effort physique exécuté.
- Réguler l'intensité de son effort physique pour la rendre adaptée à son état.

3.3 Formation des éducateurs thérapeutiques

Dans le cadre de la Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) de Mauléon-licharre (64130), 3 des 5 médecins généralistes de cette MSP ainsi que 2 infirmières libérales se sont formées à l'éducation thérapeutique des facteurs de risques et maladies cardio-vasculaires grâce à l'IPCCEM (Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicales).

Cette formation a été réalisée afin de mettre en place en Soule un programme d'éducation thérapeutique sur les maladies et facteurs de risques cardio-vasculaires validés par la MSA et l'ARS.

La formation réalisée par l'IPCCEM comprenait 3 modules : 2 modules de 2 jours et 1 module de 12 heures sur les thèmes suivants soit plus de 40 heures de formation comme préconisé par la réglementation en vigueur :

Module 1 : Les fondements de l'éducation thérapeutique du patient

Il permet aux participants d'identifier les principes sur lesquels repose l'éducation thérapeutique du patient et d'évaluer ses potentialités psychologiques et d'apprentissage pour déterminer un programme d'éducation.

À la fin de ce module, les participants doivent être capables de :

1. Réaliser un diagnostic éducatif
2. Identifier les caractéristiques psychologiques d'un patient
3. Établir et négocier un contrat d'éducation avec le patient

Module 2 : La démarche pédagogique d'éducation thérapeutique du patient

Il permet, au cours d'une consultation, de prendre connaissance et de s'approprier l'ensemble de la démarche d'éducation thérapeutique. À la fin du module les participants doivent être capables de :

1. Décrire les principes de la démarche d'éducation thérapeutique
2. Expliquer l'importance pédagogique du diagnostic éducatif, du contrat d'éducation
3. Sélectionner pour différentes compétences du patient et objectifs pédagogiques les techniques ou outils pédagogiques adaptées au contexte d'exercice
4. Argumenter l'intérêt de l'évaluation pédagogique dans le soutien à l'apprentissage du patient
5. Concevoir des outils d'évaluation, des documents portant trace de l'éducation thérapeutique
6. Planifier un programme d'éducation thérapeutique
7. Planifier un programme en fonction des compétences et du contexte d'exercice

Module 3 : Évaluation et organisation de l'éducation thérapeutique du patient
Il met l'accent sur l'évaluation pédagogique d'un programme, le suivi éducatif du patient et l'implantation d'unités d'éducation. À la fin de ce forum, les participants doivent être capables de:

1. Concevoir les outils d'évaluation du contrat d'éducation thérapeutique
2. Réaliser un bilan de l'apprentissage du patient et de l'application de ses acquis à sa vie quotidienne.
3. Identifier et mettre en œuvre les modalités d'une éducation de suivi
4. Réaliser un dossier d'éducation ou un compte rendu éducatif pour le suivi du patient et l'implantation d'activités d'éducation thérapeutique
5. Identifier des critères d'évaluation du processus et des résultats du programme d'ETP (auto-évaluation annuelle et évaluation quadriennale)

3.4 Déroulement du programme d'ETP de Mauléon-Licharre

a) Le financement du programme

Dans le cadre de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale, en 2008 des expérimentations de nouveaux modes de rémunérations (NMR) ont été ouverts afin de compléter le paiement à l'acte.

Ces expérimentations, prévues sur une période de 5 ans (2008-2012), concernaient toute structure pluridisciplinaire ambulatoire (maisons, centres, pôles et réseaux de santé) qui avait formalisé un projet de santé notamment concernant la continuité des soins et la coordination entre les professionnels de santé comme les programmes d'ETP.

La Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) de Mauléon-Licharre (64130) a ainsi monté un projet de programme d'éducation thérapeutique sur les maladies et facteurs de risques cardio-vasculaires et bénéficiaire de ce NMR. L'ARS en avait la responsabilité.

La MSA a financé la formation des éducateurs thérapeutiques ainsi que leurs prestations au cours des séances. Elle a fourni tout le matériel pédagogique nécessaire à la réalisation de ce programme d'ETP qui était entièrement validé par l'ARS.

La Mairie de Mauléon-Licharre a mis à disposition une salle pour la réalisation des séances d'éducation thérapeutique

b) l'équipe des éducateurs-soignants

Ils sont aux nombres de 5 : il y a 3 médecins faisant partis de la MSP

- Dr Gougne François
- Dr Gaillard Jean-Claude
- Dr Cabrol Pierre

Et 2 infirmières libérales : - Gisèle Caubet-Elgohen

- Marie-Aude Esconobiet Gegu

c) Le recrutement des patients participant au programme

Sont inclus dans le programme tous les patients présentant des facteurs de risques cardio-vasculaires ou maladies cardio-vasculaires sans limite d'âge ayant répondu positivement à la proposition par le médecin généraliste de participer au programme d'ETP.

Au cours d'une consultation médicale, le médecin généraliste propose oralement au patient selon les critères d'inclusion du programme s'il désire y participer.

Tous les médecins généralistes de Soule peuvent participer au recrutement des patients pour le programme d'ETP pas seulement les médecins animant les séances d'ETP au sein du programme.

Pour réaliser une séquence de 3 séances d'éducation thérapeutique dans le programme, il faut avoir recruté 10 patients.

d) Cadre méthodologique du programme

Il reprend le cadre méthodologique de tout programme d'ETP à savoir :

1. Élaborer un diagnostic éducatif.

S'il donne son accord le médecin généraliste éducateur ou l'infirmière libérale éducatrice établit le diagnostic éducatif du patient grâce à un outil pédagogique du programme qui sera décrit ci-après.

2. Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage.

Le thème du programme étant les facteurs de risques et maladies cardio-vasculaire, les participants du programme auront donc un programme et des priorités d'apprentissage sur ce thème, qui les concernent car le recrutement se fait sur des patients présentant une ou plusieurs pathologies de ce thème.

3. Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle ou collective ou en alternance.

Une séquence se compose de 3 séances d'éducatons thérapeutiques successivement sur les thèmes suivants :

- Séance N°1 : Vécu de la maladie et facteurs de risques cardio-vasculaires animées par Dr Gaillard et Gisèle Caubet-Elgohen
- Séance N°2: Nutrition et Activité physique animée par Dr Cabrol et Marie-Aude Esconobiet Gegu
- Séance N°3 : Vigilance Auto surveillance et traitement animée par Dr Gougne et Gisèle Caubet-Elgohen

Ces séances durent chacune 2 heures ainsi une séquence entière dure 6 heures.

Elles se déroulent sur 3 demi-après midi de manière rapprochée :

La séance N° 1 le vendredi après-midi

La séance N°2 le lundi après-midi

La séance N°3 le mercredi après-midi

Au cours de ses séances tout le matériel pédagogique décrit ci-dessus est utilisé.

Les séances se déroulent au même endroit, dans une salle mis à disposition par la mairie.

4. Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme.

Plusieurs formes d'évaluation des compétences sont réalisées :

- un questionnaire pré test/post test qui se présent sous forme d'un VRAI/FAUX avec une échelle de certitude à 100, 80, 60, 50 % (annexe 8) : outil pédagogique faisant parti du programme d'ETP
- une grille d'objectifs est remplie au fur et à mesure des séances en fonction des validations de ces objectifs atteints (annexe 9) : outil faisant également parti du programme.

Plusieurs formes d'évaluation du déroulement du programme sont réalisées :

- les patients répondent aux questionnaires de satisfaction et d'utilité ressentis.
- Les éducateurs thérapeutiques remplissent des rosaces d'auto-évaluation de leurs prestations.

Questionnaires validés dans le programme (décrit ci-dessous et annexés)

Pour l'analyse des résultats du programme nous ne nous intéresserons uniquement qu'aux questionnaires d'évaluation du déroulement du programme.

3.5 QUESTIONNAIRES d'auto-évaluation

Les questionnaires de satisfaction et de sentiment d'efficacité sont des outils pédagogiques du programme d'éducation thérapeutique de Mauléon validés dans le cadre du programme d'éducation thérapeutique de la MSA pour lesquels les médecins ont été formés.

Les questionnaires de satisfactions concernent les patients participants au programme d'éducation et les animateurs éducateurs:

- Le questionnaire des patients (annexe 10) comprend 4 items en ordonné:

- 1) Je ne suis pas du tout d'accord correspondant au chiffre 1
- 2) Je suis plutôt en désaccord correspondant au chiffre 2
- 3) Je suis plutôt d'accord correspondant au chiffre 3
- 4) Je suis tout à fait d'accord correspondant au chiffre 4

Et 12 items en abscisses :

- 1) Les explications apportées par les animateurs étaient claires
- 2) Le temps consacré aux explications et travaux de groupe a été suffisant
- 3) Les échanges entre les participants ont été constructifs
- 4) Les supports utilisés par les animateurs sont adaptés
- 5) J'ai appris des choses que je ne connaissais pas
- 6) L'éducation m'a donnée envie d'en savoir plus sur ma maladie
- 7) Les animateurs m'ont donnée la possibilité de m'exprimer
- 8) Les ateliers ont pris en compte ma propre expérience de ma maladie
- 9) Les animateurs ont écouté attentivement ce que j'avais à dire
- 10) Ce programme d'éducation thérapeutique m'est proposé au bon moment, ni trop tôt ni trop tard

11) L'éducation thérapeutique m'a permis d'améliorer ma relation avec mon médecin

12) L'éducation thérapeutique m'a permis de mieux parler de ma situation à mon entourage

- Le questionnaire des éducateurs (annexe 11) : il s'agit d'une rosace avec

4 items : souvent, quelque fois, rarement, jamais, successivement écrit le long de rayons centripètes.

Et 7 questions réparties sur 2 cercles :

- 1) Est-ce que j'ai respecté le principe d'équité pédagogique dans ma conduite du groupe
- 2) Est-ce que j'ai suffisamment géré le groupe ?
- 3) Est-ce que ma conduite du groupe a témoigné des principes pédagogiques ?
- 4) Est-ce que j'ai suffisamment aidé les participants à raisonner ?
- 5) Est-ce que j'ai suffisamment présenté les supports pédagogiques ?
- 6) Est-ce que j'ai suffisamment aidé les participants à développer leurs compétences à résoudre et agir dans des situations de crise ou de leur vie de tous les jours ?
- 7) Est-ce que j'ai vérifié la compréhension des participants du groupe sur les différentes connaissances acquises et les changements envisagés ?

- Le questionnaire d'efficacité ressentie ne concerne que les patients (annexe 12) :

Il est modélisé sous forme d'échelle analogique allant de 0 à 10. Il existe 4 échelles analogiques : facteurs de risques, comportement alimentaire, activité physique, prise de médicaments.

0 : je crois que ce que je peux faire sur mes facteurs de risques (par exemple) n'aura aucune influence sur mon état de santé

10 : je crois que ce que je peux faire aura une influence sur mon état de santé.

4 RESULTATS

4.1 Validité de la qualité du programme

Avant d'analyser le compte tenu des séances, il était important de s'assurer que les critères de qualité de l'HAS concernant le programme d'éducation thérapeutique étudié avaient été respectés.

- Être **centré sur le patient** : patient identifié et indentifiable à l'intérieur du programme d'ETP. Ce critère était donc respecté
- Être **scientifiquement fondé** : programme d'ETP étudié a été validé et testé par la MSA. Ce critère était donc respecté.
- Faire **partie intégrante du traitement et de la prise en charge** : les séances étaient proposées par médecin traitant. Il est donc dans la continuité de la prise en charge globale du patient Ce critère était donc respecté.
- Concerner la **vie quotidienne** du patient : les éducateurs sont conscient du quotidien des participants au programme. Ce critère était respecté.
- Être **un processus permanent** : le programme était réalisé par des éducateurs médecin traitant ou infirmières à domicile, il s'agit donc d'un processus éducation permanent. Ce critère était respecté.
- Être réalisé par des **professionnels de santé formés** à la démarche d'éducation thérapeutique du patient et aux techniques pédagogiques, engagés dans un travail en équipe dans la coordination des actions : Les éducateurs ont été formés avec temps et un organisme de formation réglementaire. Ce critère était respecté.
- S'appuyer sur une évaluation des besoins et de l'environnement du patient (**diagnostic éducatif**), et être construite sur des priorités d'apprentissage perçues par le patient et le professionnel de santé : Le diagnostic éducatif était réalisé au début du programme sur outil pédagogique. Ce critère était respecté.
- Se construire avec le patient, et **impliquer autant que possible les proches du patient** : Le recrutement était réalisé par médecin traitant souvent aussi médecin de famille. Ce recrutement était d'ailleurs souvent en couple. Ce critère était donc respecté.

- S'adapter au **profil éducatif et culturel du patient**, et respecter ses préférences, son style et rythme d'apprentissage : Le programme était réalisé dans le cadre de séances collectives qui s'adaptaient au profil éducatif du patient. Ce critère était respecté.
- Être **défini en termes d'activités et de contenu**, être organisé dans le temps, réalisé par divers moyens éducatifs : Le programme a fait l'objet d'un projet avec contenu détaillé envoyé à l'ARS. Ce critère était donc respecté.
- Utilisation de **techniques de communication** centrées sur le patient : les éducateurs étaient formés aux techniques de communication. Ce critère était donc respecté.
- Séances **collectives ou individuelles** : Les séances étaient ici collectives.
- **Accessibilité à une variété de publics**, en tenant compte de leur culture, origine, situation de handicap, éloignement géographique, ressources locales et du stade d'évolution de la maladie : Le programme était accessible à tout les patients de Soule ce qui assuraient une variété de publics. Ce critère était respecté.
- Utilisation de **techniques pédagogiques variées**, qui engagent les patients dans un processus actif d'apprentissage et de mise en lien du contenu des programmes avec l'expérience personnelle de chaque patient : Dans ce programme, il existait une variété des outils pédagogiques décrit ci-dessus en détails. Ce critère était donc respecté.
- Être **multi-professionnelle**, interdisciplinaire et intersectorielle, intégrer le travail en réseau : Les éducateurs comprenaient 3 médecins traitant et 2 infirmières libérales. Ce critère était respecté.
- Inclure une **évaluation individuelle** de l'ETP et du déroulement du programme : Le programme contenait un questionnaire pré test/post test ,une grille d'objectifs est remplie au fur et à mesure des séances en fonctions des validations de ces objectifs atteints, un questionnaire de satisfaction et d'utilité ressenti. Ce critère était respecté.

4.2 Analyse des avantages et limites extrait du journal de terrain

Le programme d'éducation thérapeutique étudié répondait aux critères de qualité de l'HAS. Les 3 séances de la séquence entière du programme d'ETP de Soule ont été retranscrites dans un journal de terrain qui a permis d'extraire 10 limites et 10 avantages.

AVANTAGES	LIMITES
<p>1. Echanges d'expériences entre patient Extrait séance n°3 sur l'HTA: Dr Gougne va poser la question suivante: « <i>Qu'est-ce qu'il vous ferait dire que vous avez une poussée de tension ?</i> » Chaque participant évoque les différents signes relatifs à une poussée d'hypertension artérielle qu'il a ressentis.</p>	<p>1. Difficulté de faire participer les participants Extrait séance n°2 : Sollicitation de Marie-Aude, l'infirmière éducatrice de tous les participants pour savoir s'ils pratiquent une activité physique, et va répéter à chaque participant : « <i>et vous ?</i> » pour qu'ils répondent à la question. Pas de participation spontanée.</p>
<p>2. Confrontations de points de vue Extrait séance n°2 : exercice par petit groupe les participants doivent placer des aliments du plus gras au moins gras sur un plateau pédagogique du programme</p>	<p>2. Inhibition des patients à s'exprimer Extrait séance n°1 : Difficultés première séance à dire leurs facteurs de risques cardio-vasculaires : <i>tour de table des maladies et facteurs de risques cardio-vasculaire de chacun des participants un peu timide et gênées</i></p>
<p>3. Convivialité Extrait séance n°1 : Dr Gaillard : « <i>Donc il faut opérer, on met une petite valve synthétique et tout revient dans l'ordre.</i> » Une participante : « <i>Et en plus ils m'ont mis une valve de cochon</i> » Dr Gaillard « <i>oui, mais c'est un peu le coin ici quand même !! En ville ils mettent pas du cochon</i> ». Tous les participants rient.</p>	<p>3. Difficulté d'accorder de l'attention chacun Extrait séance n°1 : atelier sur les facteurs de risques cardio-vasculaires modifiables non modifiables par groupes de 2 à 4 avec Gisèle l'infirmière éducatrice qui passe dans chaque groupe pour aider les participants en passant plus ou moins de temps selon qu'elle est sollicitée ou non.</p>

<p>4. Rupture du sentiment d'isolement Extrait séance n°2 : 16h15 : nouvel exercice par petit groupe les participants doivent placer des aliments du plus dangereux au plus protecteurs pour les artères.</p> <p>5. Emulation, interactions Extrait séance n°3 Lors de l'exercice sur les médicaments Dr Gougne et Gisèle (l'infirmière éducatrice) ainsi que deux participantes vont passer tour à tour les médicaments de leurs ordonnances habituelles en détaillant la fonction de chaque médicament.</p> <p>6. Stimulation des apprentissages Extrait séance n°2 : Dr Cabrol lance un débat sur les frites sans huiles. L'infirmière éducatrice va expliquer dans le détail sa recette des frites au four. Toute l'assemblée des participants l'écoute avec attention. Une des participantes note la recette sur une feuille de papier.</p> <p>7. Apprentissages expérientiels Extrait séance n°2 sur la piscine, Une des participante raconte comment elle s'organise pour aller faire de l'aquagym : <i>« nous ont va à salies en voiture à cinq et à chacun son tour, on conduit chacune notre tour »</i> Dr Cabrol : <i>« comme un capitaine de soirée » rires</i></p>	<p>4. Temps des séances Extrait séance n°2 :16h52 : deux participants s'en vont car ils ont une obligation familiale suivi de près par un autre participant.</p> <p>5. Horaires fixes des cours Extrait séance n°1 : Une participante demande : <i>« il faut être là à toutes les séances ? »</i> Dr Gaillard répond : <i>« Là aujourd'hui y a un monsieur qui avait dit qu'il venait il s'est excusé il rattrapera, si possible c'est bien de venir tous les jours comme ça vous bouclez le programme et tout est fait et s'il y a un empêchement vous ne venez pas et vous essayerez de rattraper le train à une prochaine. »</i></p> <p>6. Diminution du nombre de participants au fur et à mesure des séances Extrait séance n°3 : 2 participants à la séance n°3</p> <p>7. Difficulté pour les éducateurs thérapeutiques de ne pas faire un cours magistral Extrait séance n°1 : explication du Dr Gaillard sur les valvulopathies avec schémas au tableau durant environ 15min.</p>
--	---

8. Développer une relation différente avec son médecin traitant et ses Infirmières

Extrait séance n°1 : Dr Gaillard dit :
« avant tout soyez à l'aise, posez des questions ce n'est pas sanctionné par un diplôme, ce n'est pas des relations de médecins avec des patients, on est là en tant qu'éducateur si vous avez des choses à dire vous le dites si c'est des bêtises j'espère que je serai le reconnaître »

9. Travail en coopération avec tous les éducateurs thérapeutiques

Extrait de la fin de la séance n°2 :
Dr Cabrol : *« Alors on a fini beaucoup plus tôt que prévu, vous êtes un groupe efficace, la prochaine fois ce sont les médicaments et les signes pour apprendre à se surveiller la tension, pouls savoir quels sont les signes qui doivent vous alerter quand appeler le médecin. Merci bonne après-midi Messieurs, Dames »*

10. Transmission de la bonne information à l'extérieur du programme

Extrait séance n°2 : Marie-Aude l'infirmière formatrice dit *en présentant le dossier éducatif :*
« Donc vous retrouvez tout ça dans votre dossier éducatif, comme ça vous pouvez interroger vos amis, pour faire des quizz avec vos amis pour leur dire moi je sais des trucs en plus. »

8. Difficultés pour les éducateurs thérapeutiques de faire passer les bons messages

Extrait séance n°1 :

Dr Gaillard explique pendant plusieurs minutes l'intérêt du pain noir par rapport au pain blanc concernant l'indice glucidique. Une participante demande alors : *« et le pain de mie blanc c'est bon ? »*

9. Difficultés pour les éducateurs thérapeutiques d'utiliser au mieux le matériel pédagogique

Extrait séance n°1
Gisèle une formatrice thérapeutique explique : *« On va faire les rosaces maintenant, Elle se met devant l'affiche de la rosace, Vous allez avoir chacun une rosace à remplir chacun, je vais vous la distribuer et on va voir ensemble chacun »*
silence dans la salle.

10. Difficultés de ne pas refaire ce qui a été fait à la séance précédente.

Extrait séance n°3 : pendant 30 minutes révision de la séance précédente sur nutrition et activité physique.

4.3 ANALYSE des questionnaires d'auto-évaluation du programme

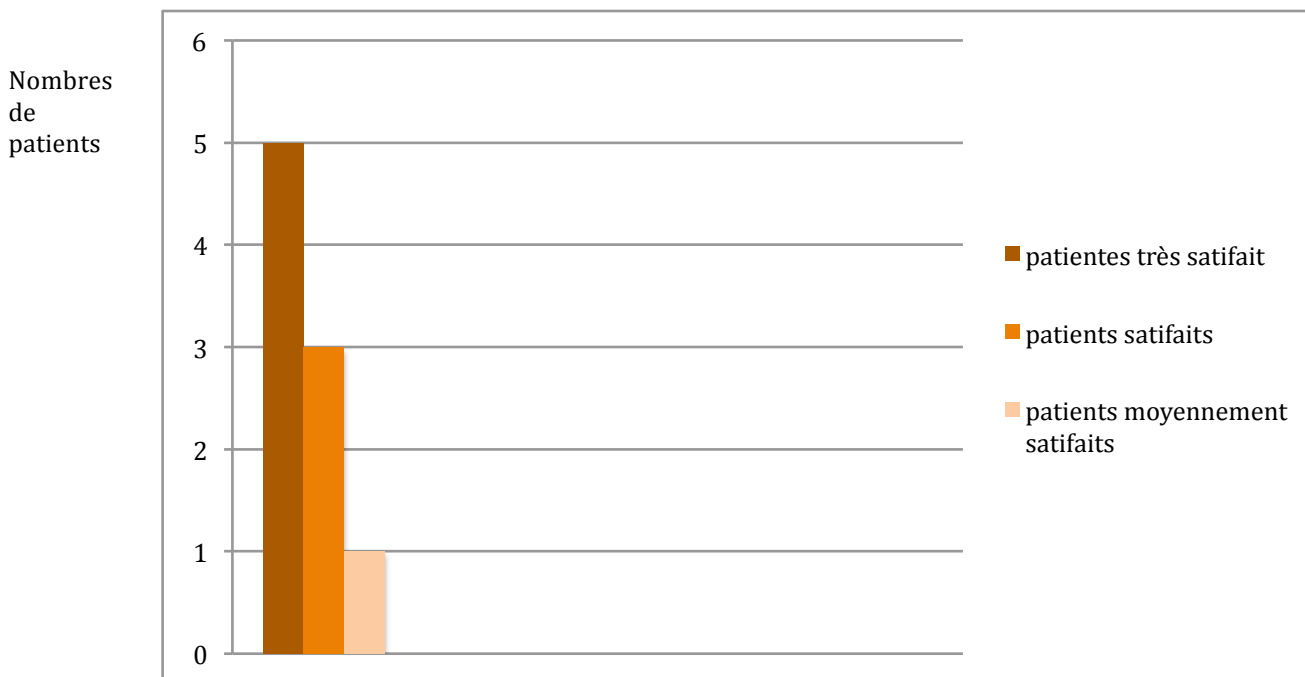
Sur les 10 patients conviés à la séquence de séances d'éducation thérapeutique sur les maladies cardio-vasculaire, 9 avaient répondu aux questionnaires de satisfactions et d'efficacité perçue à la fin de la séquence. A la première séance 9 patients étaient présents, à la deuxième 8 patients et à la troisième seulement 2.

4.3.1 Questionnaires de satisfactions patients participants

Ces questionnaires comprenaient 12 items allant de 1 à 4 point soit un minimum de 4 et un maximum de 48.

Le dépouillage des questionnaires de satisfaction avait permis d'isoler 3 groupes :

- les patients très satisfait de 45 à 48
- les patients satisfaits de 44 à 39
- les patients moyennement satisfait 38 à 24



4.3.2 Questionnaires d'efficacité perçue

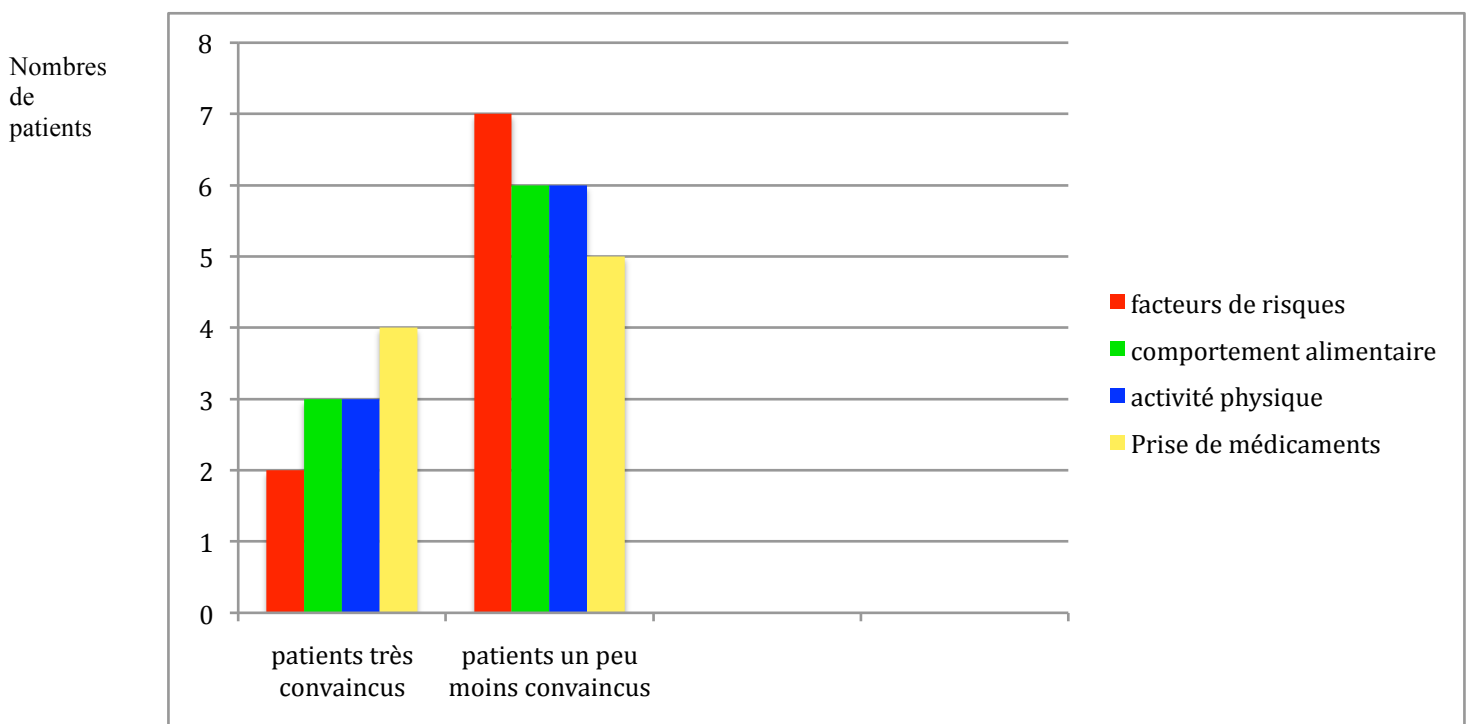
Le questionnaire se présentait sous forme d'échelle analogique allant de 0 à 10 sur l'efficacité perçue de l'action sur 4 domaines :

- facteurs de risques
- comportements alimentaires
- activité physique
- prise de médicaments

Le dépouillage des questionnaires d'efficacité ressentie a permis d'isoler 2 groupes :

- patients très convaincus par l'efficacité des actions sur leur état de santé qui ont mis le curseur entre 9 et 10
- patients un peu moins convaincus par l'efficacité des actions sur leur état de santé qui ont mis le curseur entre 5 et 8

Aucun patient n'avait mis le curseur en dessous de 5 dans les 4 domaines proposé



4.3.3 Questionnaires de satisfactions éducateurs soignants

Le questionnaire représentait une rosace qu'il fallait remplir à la fin de chaque séance thérapeutique conjointement entre chaque éducateur thérapeutique. Il y avait 7 items à remplir :

- 1) Est-ce que j'ai respecté le principe d'équité pédagogique dans ma conduite du groupe ?
- 2) Est-ce que j'ai suffisamment géré le groupe ?
- 3) Est-ce ma conduite du groupe a témoigné des principes pédagogiques ?
- 4) Est-ce que j'ai suffisamment aidé les participants à raisonner ?
- 5) Est-ce que j'ai suffisamment présenté les supports pédagogiques ?
- 6) Est-ce que j'ai suffisamment aidé les participants à développer leurs compétences à résoudre et agir dans des situations de crise ou de leur vie de tous les jours ?
- 7) Est-ce que j'ai vérifié la compréhension des participants du groupe sur les différentes connaissances acquises et les changements envisagés ?

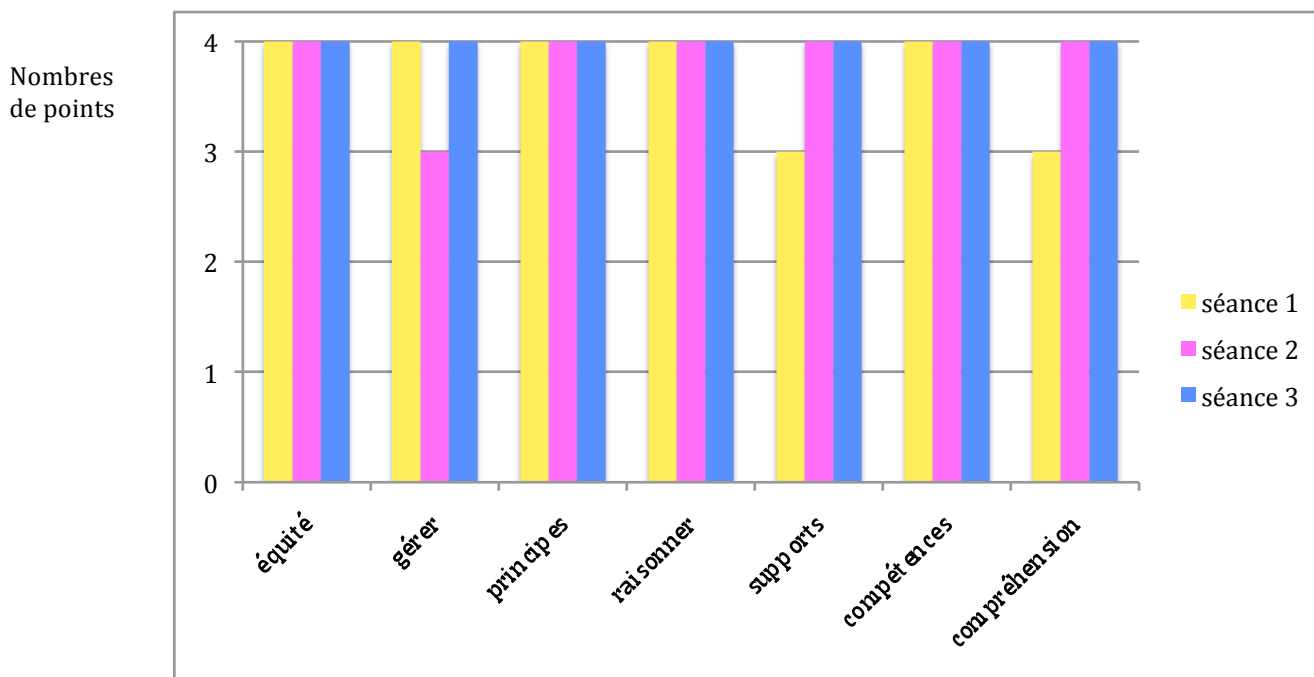
Et 4 propositions : Souvent 4 points

Quelquefois 3 points

Rarement 2 points

Jamais 1 point

Résultats modélisés par le tableau suivant :



5 DISCUSSION

5.1 ORIGINALITES et LIMITES de l'étude

Cette étude présente une originalité :

- par le contexte dans lequel elle a été réalisée : contexte d'un programme d'ETP ambulatoire en milieu rural.

- par la méthode de l'étude utilisée : méthode par observation directe non participante. Cette méthode a permis d'observer de capter des comportements au moment où ils se produisent (sans intermédiaires), d'effectuer un recueil de données concrètes, parfois quantifiables (questionnaires de satisfactions) et surtout d'obtenir une certaine authenticité des comportements, comparée aux paroles et aux écrits.

- par l'analyse des données qui devaient d'une part être validées par un cadre précis de qualité définis par l'HAS, d'autre part analyser un recueil de données brut de manière qualitative et le plus objectivement possible pour répondre à la question de recherche.

Cette étude présente également un certains nombres de limites liées :

- à la méthode : En effet la présence de l'observateur et d'un caméraman bien que non participants a pu modifier le comportement des participants au programme.

- à l'analyse : les observations extraites du journal de terrain relève d'une perception humaine qui a ses limites dans l'objectivité. Les résultats quantitatifs pour répondre à l'hypothèse secondaire donnent une tendance sur la satisfaction dans le cadre d'une séquence aléatoire du programme d'ETP filmée, elles n'ont pas une puissance nécessaire pour en tirer des conclusions significatives.

- au recrutement : il devait être réalisé sur toute la Soule. Les patients n'ont été en réalité recrutés que dans la MSP de Mauléon-licharre.

5.2 INTERPRETATION des résultats

Dans un premier temps, il fallait, avant l'analyse des résultats, montrer que le programme d'ETP étudié répondait aux critères de qualités requis par l'HAS. Ceux-ci ont été tous justifiés.

Dans un deuxième temps, il fallait par l'analyse des données brutes de l'étude répondre à la question de recherche, qui consistait à extraire les avantages et les limites du programme d'ETP sur les maladies cardio-vasculaires en Soule.

Ainsi après la retranscription des vidéos réalisées au cours des séances d'éducation thérapeutique ont permis d'extraire des LIMITES pouvant être classés en :

- Limites temporo-spatiales du programme: horaires, temps et séquençage des séances ont été un frein à la participation au programme.
- Limites sociales : inhibition, difficultés à une participation active, difficultés d'attention sont probablement inhérentes au fait que les séances étaient collectives.
- Limites pédagogiques : difficultés des éducateurs à ne pas faire un cours magistral, à faire passer les bons messages, à bien utiliser le matériel pédagogique et à ne pas refaire ce qui a déjà été fait dans les séances précédentes sont en rapport avec la formation, l'expérience et la coordination des éducateurs.

Le visionnage de ces vidéos a également permis d'extraire des AVANTAGES d'un tel programme en milieu rural, réalisé par des éducateurs de proximité dans le cadre de séances collectives pouvant être classées en :

- Avantages psycho-sociaux : par la convivialité et la rupture du sentiment d'isolement face à la maladie mais aussi face à soi-même surtout en milieu rural.
- Avantages du mode d'apprentissage collectifs : échanges d'expériences, de points de vue, interactions, stimulations des apprentissages.
- Avantages relationnels : concernant la relation médecin-malade pour développer une relation différente avec son médecin ou son infirmière mais également concernant la coordination entre médecins et infirmières et entre médecins entre eux.

Dans un troisième temps, il s'agissait d'analyser de manière quantitative, les résultats des questionnaires de satisfactions de la séquence étudiée. Pour que ces résultats aient une valeur significative, il aurait fallu bien évidemment un nombre de sujets beaucoup plus important mais les analyser n'est pas sans intérêts car ils permettent de donner quelques tendances.

- Concernant le premier tableau en rapport avec la satisfaction des patients : on peut constater d'abord que malgré l'absentéisme à la dernière séance, les patients sont globalement satisfaits de ce programme. Ils ont été classés en 3 groupes pour plus de clarté mais ce qu'il faut voir c'est qu'un seul participant sur neuf n'est que moyennement satisfait.

- Concernant le deuxième tableau en rapport avec l'efficacité ressentie : On notera d'abord également qu'aucun participant n'a mis le curseur analogique en dessous de 5. Ce qui signifie qu'au terme de ce programme ils sont plus que convaincus de l'efficacité de leurs actions sur leur santé. On notera qu'il y a plus de participants convaincus par l'action de la bonne prise des médicaments que sur la prise en charge des facteurs de risques cardio-vasculaires. Ils sont convaincus de la même façon de leurs actions sur leur santé quant à leurs comportements alimentaires et la pratique de l'activité physique. Celles-ci passent avant la prise en charge des facteurs de risques cardio-vasculaires et après celle de la prise des médicaments.
- Concernant le troisième tableau : Tous les éducateurs ont globalement une très bonne auto-évaluation de leur séance. On notera que lors de la séance 1 : les 2 items n'ayant que 3 points sont l'utilisation des supports pédagogiques et la vérification des connaissances. Lors de la séance 2 ce fut plutôt une difficulté à gérer le groupe qui ressort comme point à travailler. Lors de la séance 3 aucun points négatifs n'ont été notés probablement car le nombre de participants s'étant réduit à 2, les difficultés de groupe se sont alors estompées.

5.3 COMPARAISON des résultats avec ceux de la littérature

5.3.1 Avantages et limites d'autres programmes d'ETP ambulatoires en France

Dans le Nord de la France, la thèse de M. Vileyn traitant de l'organisation de l'ETP au sein de 12 MSP (35), montrait que les résultats concernant les avantages et limites des programmes d'ETP ambulatoires vont de le même sens que les résultats retrouvés par notre étude.

En effet, sur les 12 MSP interrogées, 8 réalisaient des séances collectives et avaient répondu spontanément que les avantages présentés par de tels séances d'ETP étaient les suivants : convivialité, stimulation, partage d'expérience et facilité de réalisation. Les inconvénients soulevés étaient quant à eux les suivants : difficultés d'organisation, recrutement difficile, hétérogénéité du groupe.

Les programmes d'ETP sur le diabète retrouvent également des conclusions similaires lorsque des éducateurs infirmiers (ères) sont interrogés en entretiens semi dirigés (36).

5.3.2 Satisfactions de la participation à un programme d'ETP

A l'échelle nationale, le programme d'ETP sur les facteurs de risques et maladies cardio-vasculaires étudié été largement diffusé dans la France entière. Une

évaluation de ce programme montre que la satisfaction des participants s'élevait à 90 %, ce qui est tout à fait concordant avec nos résultats. (7)

A l'échelle régionale, UTEP (Unité transversale régionale d'éducation thérapeutique en Aquitaine) est un organisme d'ETP indépendant proposant plusieurs programmes d'ETP dans le cadre de différentes maladies chroniques. (37) La dernière évaluation triennale de cet organisme retrouve également des résultats concordant avec ceux de notre étude.

Concernant la satisfaction des participants non éducateurs on atteint tout programme confondus une moyenne de 89% de satisfaction.

Concernant la satisfaction des éducateurs la satisfaction s'élève à 88%.

Enfin concernant l'état de santé perçue par le patient avant / après la prise en charge éducative : qui correspond à notre critères d'efficacité ressenti du programme

Les scores moyens avant et après : une augmentation de la moyenne a été observée pour les programme concernant la BPCO et le SAS mais pas les maladies cardio-vasculaires.

5.4 PROPOSITIONS pour développer les actions d'ETP en ambulatoire

5.4.1 Homogénéisation de la formation et de l'évaluation

Dans un premier temps homogénéiser la formation des éducateurs qui reste trop épars dans son contenu, mais également dans son temps de formation (39).

Dans un second temps homogénéiser les pratiques en utilisant des outils de référence comme les critères de qualité définis par l'HAS.

La grille d'évaluation de l'HAS est également un bon outil pour permettre l'auto-évaluation d'un programme d'ETP.

L'utilisation d'outils de référence quant à la qualité et l'évaluation des programmes d'ETP permettrait alors des comparaisons pertinentes afin d'améliorer en homogénéisant l'ETP ambulatoire.

Concernant l'évaluation de l'ETP en ambulatoire, nous noterons cependant que les évaluations actuelles sont réalisées par les MSP elles mêmes. Pour plus d'objectiver il faudrait faire appel à un organisme indépendant.

Enfin nous pourrions imaginé que la méthode utilisée dans notre étude par observation directe pourrai devenir une méthode de référence pour observer les différences entre programme d'ETP afin d'en extraire à la fois les avantages et les limites toujours dans un but d'amélioration et d'homogénéisation.

5.5.2 Valoriser l'acte d'ETP

Le paiement à l'acte n'encourage pas les soignants à travailler dans le cadre de programme d'ETP. Il s'agirait donc de reconnaître l'acte éducatif en tant qu'acte thérapeutique. Il faudrait le codifier et lui donner une rémunération.

En Allemagne, par exemple pour le diabète, l'ETP est un acte inscrit à la nomenclature des actes médicaux ambulatoires. Le médecin animant les séances d'ETP reçoit en outre une rémunération de 20,45euros par séance collective pour le diabète et de 25,56 euros par séance collective pour les cardiopathies ischémiques (40).

En France, au sein des MSP, l'introduction des NMR module 2 est une forme de valorisation de l'acte d'ETP.

5.4.3 Organisation de l'ETP à l'échelle individuelle et régionale

Dans un premier temps, il s'agirait d'améliorer l'organisation des pratiques de l'ETP à l'échelle individuelle. En effet, l'ETP est une nouvelle forme de pratique médicale qui nécessite une remise en question professionnelle de la pratique actuelle de la médecine générale.

Cette remise en question doit passer par une sensibilisation, une formation et enfin une modification des pratiques qui devront être organisée de manières pluridisciplinaires et coordonnées.

Dans un deuxième temps, il s'agirait de structurer et optimiser l'offre éducative en soins primaires en établissant une politique régionale comme le programme régional préconisé par l'ARS (12) :

- pour définir des priorités éducatives sur chaque territoire de santé afin de couvrir les besoins et d'offrir des moyens adaptés
- pour établir un annuaire des ressources en ETP (lieux, personnes, activités) intégrant ce qui existe en libéral, dans les réseaux de soins, les associations de patients, les hôpitaux.
- pour soutenir la mise en place de nouvelles organisations professionnelles permettant de développer l'ETP

5.4.4 Améliorer le réseau de soins ville-hôpital

Lorsque les éducateurs seront formés et l'état des lieux éducatif réalisé sur un territoire, il s'agira de mettre en place un réseau de soins de continuité entre l'ETP initiale réalisée à l'hôpital au décours d'une hospitalisation pour IDM par exemple et un programme d'ETP de proximité. Nous pourrions imaginer que dans la correspondance entre spécialiste et médecin traitant une information soit consacré à l'ETP du patient ? Ainsi une nouvelle dimension médicale pourrai voire le jour, celle de l'ETP du patient comme une entité à part entière rentrant dans le cadre d'une prise en charge globale. Nous pourrions aussi envisager un programme d'ETP hospitalo-primaire afin d'assurer une coordination et une continuité de l'ETP entre l'hospitalisation et le retour à domicile.

5.5 PERENISATION de l'ETP du patient

Le programme d'éducation thérapeutique étudié a été arrêté pour raisons financières. Les éducateurs qui devaient être rémunérés par l'ARS, étaient rémunérés par la MSA de manière moins importante. Ainsi d'un commun accord en attente d'une réévaluation de la rémunération des éducateurs, le programme a été stoppé.

Plus largement on peut se poser la question une fois que le patient est dit « éduqué » que peut on lui proposer ?

Cette perspective justifie le critère énoncé par le groupe de travail OMS région Europe (1998), selon lequel l'éducation thérapeutique est un processus continu et qui ne peut se réduire a une intervention ponctuelle.

La question serait donc plutôt :

Quelles compétences d'auto soins et d'adaptation à la maladie mobiliser par le patient dans son parcours de vie du patient ? A quels moments opportuns et par quels processus ?

Il manque actuellement, un modèle permettant d'expliquer comment l'ensemble de ces compétences s'articulent afin de définir un suivi éducatif du patient a long terme. Ces recherches permettraient de fonder la cohérence des interventions éducatives sur le long terme et de renforcer l'intégration d'une éducation thérapeutique continue dans le système de sante français.

6 CONCLUSION

Notre étude a permis de répondre à notre question initiale « Quels sont les avantages et limites d'un programme d'éducation thérapeutique ambulatoire en Soule ? »

Ce programme d'ETP sur les facteurs et maladies cardio-vasculaires a en effet un certains nombres d'avantages :

- Avantages psycho-sociaux : par la convivialité et la rupture du sentiment d'isolement face à la maladie mais aussi face à soi-même en milieu rural.
- Avantages liés au mode d'apprentissage collectifs : échanges d'expériences, de points de vue, interactions, stimulations des apprentissages.
- Avantages relationnels : concernant la relation médecin malade pour développer une relation différente avec son médecin ou son infirmière mais également concernant la coordination entre médecins et infirmières et entre médecins.

Mais également un certains nombres de limites :

- Limites temporo-spatiale du programme: horaires, temps et séquençage des séances ont été un frein à la participation au programme.
- Limites sociales : inhibition, difficultés à une participation active, difficultés d'attention sont probablement inhérentes au fait que les séances étaient collectives.
- Limites pédagogiques : difficultés des éducateurs à ne pas faire un cours magistral, à faire passer les bons messages, à bien utiliser le matériel pédagogique et à ne pas refaire ce qui a déjà été fait dans les séances précédentes sont en rapport avec la formation, l'expérience et la coordination des éducateurs.

Cette étude a également répondu positivement à l'hypothèse secondaire qui était de savoir si ce programme d'ETP était satisfaisant pour ces participants. Le programme a satisfait à la fois les patients-participants et les éducateurs. Les patients-participants ont été satisfaits par la prestation des éducateurs mais également par le sentiment d'utilité sur leur mode de vie. Les éducateurs ont été satisfaits par leur prestation en interaction avec patients participants.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Maladies cardiovasculaires. WHO 2015. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/>
2. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, et al. Heart disease and stroke statistics--2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2014;129(3):e28-e39.
3. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet Lond Engl* 2004;364(9438):937-52.
4. Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation* 2005;111(2):179-85.
5. Labrunée M, Pathak A, Loscos M, Coudeyre E, Casillas J-M, Gremeaux V. Therapeutic education in cardiovascular diseases: state of the art and perspectives. *Ann Phys Rehabil Med*.2012;55(5):322-41.
6. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl*.2008;371(9629):1999-2012.
7. Crozet C, Van Bockstael V, Devos J, d'Ivernois J-F. Évaluation d'un programme national en France d'éducation thérapeutique pour des patients du régime agricole atteints de maladies cardio-vasculaires. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ*.2009;1(1):33-8.
8. Gay B, Demeaux J-L, Marty M-L. Éducation thérapeutique du patient en médecine générale. L'étude ETHICCAR : faisabilité et évaluation chez le patient à risque cardiovasculaire. *Médecine*.2009;5(1):42-6.
9. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient (ETP). Paris : HAS 2011. Disponible sur: http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

10. McKay J, World Health Organization, Mensah GA, Mendis S, Greenlund K. The atlas of heart disease and stroke. Geneva : World Health Organization; 2004.
11. L'état de santé de la population en France - Rapport 2011 - Etat_sante-population_2011.pdf .Disponible sur:
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011.pdf
12. Haut Conseil de la Santé Publique, Rapport sur l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours.Synthèse, orientations stratégiques et recommandations du HCSP,2009. Disponible sur:
http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_edthsoprr.pdf
13. Fenina A, Geffroy Y. Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. Etudes et Resultats. 2006;(504):8-16. Disponible sur:
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes111.pdf>
14. Allender S, Scarborough P. European cardiovascular disease statistics. 2008. Disponible sur :
http://www.herzstiftung.ch/uploads/media/European_cardiovascular_disease_statistics_2008.pdf
15. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, Haute Autorité de Santé. Traitement médicamenteux du diabète de type 2 recommandations de bonnes pratiques. 2007. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201302/10irp04_argu_diabete_type_2.pdf
16. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global. ANAES; 2004.Disponible sur http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Risque_cardio_vasculaire_rap.pdf
17. Tubiana M, Académie nationale de médecine. Rapport sur le tabagisme. Paris: Académie nationale de médecine; 2009. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/publication100036045/>
18. Lardinois T, Tezenas Du Montcel M. Activités physiques ou sportives pour tous. actualité et dossier en santé publique. 2009;(67):28–36.
19. Hercberg S. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS):un vrai programme de santé publique. Cahiers de Nutrition et de Diététique. 2011;(46):5–10.

20. Bourdillon F, Sandrin Berthon B, Tissot F. Aspects institutionnels de l'éducation thérapeutique, émergence d'une volonté politique. Éducation thérapeutique. Prévention et maladies chroniques. Masson: 2007. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/showarticlefile/236209/main.pdf>

21. Bras PL, Duhamel G, Grass E. Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « disease management ». Inspection générale des affaires sociales, 2006. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000763.pdf>

22. Colloque à l'UNESCO 17 septembre 1999 Education thérapeutique du patient: vers une citoyenneté de Santé. Bulletin d'éducation du patient à sa maladie. 2000;19. Disponible sur : http://www.educationdupatient.be/cep/pdf/EPES/BEP_%202000_HS.pdf

23. HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Paris : HAS 2007. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601290/structuration-dun-programme-deducation-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques

24. Dossiers - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (Secteur Santé). Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/plan-pour-l-amelioration-de-la-qualite-de-vie-des-personnes-atteintes-de-maladies-chroniques-2007-2011.html>

25. WHO Working group on therapeutic patient education. Continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Report. Copenhagen : WHO-euro,1998

26. Le Boerf G. Construire les compétences individuelles et collectives. Paris : éditions d'organisation ; 2000

27. Burllet B, Le Neurès K. Soins éducatifs et préventifs UE 4.6. Issy-les-Moulineaux : Elsevier- Masson, coll. Les essentiels en Ifsi ; 2011.

28. Deccache A, Lavendhomme E. Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes. Bruxelles (Belgique) : De Boeck, coll. Savoirs et santé ; 1989.

29. Haute Autorité de Santé - Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, Recommandations : ETP – Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique ? Paris : HAS 2007.

30. Bresson R, Bataillon R. L'éducation thérapeutique : quel impact sur l'organisation des soins, en ville et à l'hôpital ? ADSP 2009;(66):37-40.

31. Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP
Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr>

32. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé - Maladies chroniques : éducation thérapeutique du patient. Paris : Inpes 2007. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/07/cp071113.asp>

33. Haute Autorité de Santé - Évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP): une démarche d'auto-évaluation. Paris : HAS 2014. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1234324/fr/evaluation-annuelle-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-etp-une-demarche-d-auto-evaluation

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

35. Vileyn M., Organisation de L'éducation Thérapeutique Du Patient Au Sein Des Maisons de Santé Pluridisciplinaires. 2011 Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00618724/document>

36. Bourbon B., Un patient, son diabète, ses représentations: Comment amener ce patient vers l'observance optimale du traitement ? Disponible sur : <http://www.infirmiers.com/pdf/tfe-bruno-bourdon.pdf>

37. F Martin-Dupon, ML Marty, M Sapène. Unité transversale régionale d'éducation thérapeutique en Aquitaine. Dans les maladies chroniques sur un territoire de santé. Evaluation triennale 2009/2011. Disponible sur : <http://www.cetba.fr/sites/default/files/publications/UTEP-Evaluation%202009-2011.pdf>

38. J.Foucaud, M.J. Moquet, F.Rostan, Etats des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France.Résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé.INPES 2008 ;(12). Disponible sur :

<http://www.inpes.santé.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1093.pdf>

39. D. Jacquat, Education thérapeutique du patient.Propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne.Rapport au premier ministre, 2010. Disponible sur :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Education_therapeutique_du_patient.pdf

8. ANNEXES

8.1 JOURNAL de terrain du programme d'éducation thérapeutique de Soule

8.1.1 SEANCE N°1: Vécu de la maladie et facteurs de risques cardio-vasculaires animée par le Dr Gaillard et Gisèle Caubet-Elgohen (infirmière libérale)

Début 15h08 : explication par Dr Gaillard de l'organisation des séances.

15h11 :

Dr Gaillard : « avant tout soyez à l'aise, posez des questions ce n'est pas sanctionné par un diplôme, ce n'est pas des relations de médecins avec des patients, on est là en tant qu'éducateur si vous avez des choses à dire vous le dites si c'est des bêtises j'espère que je serai le reconnaître et si je les reconnais pas et beh vous repartirez avec des mauvaises connaissances mais avant tout tranquille, à l'aise heu voilà »

Gisèle Caubet-Elgohen (GCE) infirmière libérale: - « je me présente quand même, je fais parti des éducateurs thérapeutiques, nous sommes cinq ; il y aura la prochaine séance lundi Pierre Cabrol et ma collègue Marie-Aude Esconobiet Gegu et mercredi ce sera à nouveau moi avec le Dr Gougne »

P1 : « il faut être là à toute les séances ? »

Dr Gaillard : « Là aujourd'hui y a un monsieur qui avait dit qu'il venait il s'est excusé il rattrapera, si possible c'est bien de venir tous les jours comme ça vous bouclez le programme et tout est fait et s'il y a un empêchement vous venez pas et vous essayerez de rattraper le train à une prochaine. C'est toujours pareil le cycle c'est trois trucs et on essaye d'en faire à peut près 50 patients par an donc tous les mois et demi, là on voulais faire à tout pris avant les vacances parce qu'après on est pas là et on en refera sans doute trois avant la fin de l'année. Donc voilà le monsieur qui n'est pas là aujourd'hui, il viendra lundi et mercredi et on lui casera.»

P1 : « mercredi on est pas là »

Dr Gaillard : « mercredi y a les cartes, je sais qu'il y a des choses importantes dans la vie d'un retraité ahahah, et vous pouvez venir toute seule madame »

P1 : « oui c'est ça à pied »

Dr Gaillard en montrant le mari de P1 : « et il va vous amener avant d'aller jouer aux cartes, enfin peu importe, faut faire les papiers avant Gisèle ou on peut commencer ? »

GCE : « non, on peut commencer par la présentation de chacun »

Dr Gaillard : « alors chacun se présente et dit moi j'ai si moi j'ai ça moi j'ai là comme pathologies cardio-vasculaires si y a des choses que vous voulez pas dire vous les dites pas, je veux dire on parle que de maladies cardio-vasculaires ça veut dire tension, accident vasculaire, embolie pulmonaire, infarctus, coronaropathie, insuffisance cardiaque et artérite ; c'est ça les pathologies cardio-vasculaires. »

15h13 : Dr Gaillard écrit au tableau véléda toutes les maladies cardiovasculaires qu'il vient d'énoncer.

15h20 : tour de table des maladies et facteurs de risques cardio-vasculaire de chacun des participants *un peu timide et gênés*

Participant numéro 1 (P1) : HTA, hypercholestérolémie

Participant numéro 2 (P2) : HTA, hypercholestérolémie, Fibrillation auriculaire

Participant numéro 3 (P3) : HTA, insuffisance cardiaque, diabète, valvulopathie

Participant numéro 4 (P4) : HTA, AOMI

Participant numéro 5 (P5) : HTA

Participant numéro 6 (P6) : HTA, valvulopathie aortique, hypercholestérolémie

Participant numéro 7 (P7) : HTA

Participant numéro 8 (P8) : HTA, diabète

Participant numéro 9 (P9) : HTA

15h23 : Dr Gaillard : « Bon, pour les deux patients qui ont une valvulopathie, voilà le cœur qui se divise en quatre compartiments » *il dessine le cœur sur le tableau véléda.* « il y a le ventricule gauche, si vous voulez c'est le ventricule le plus important parce que c'est là qu'il y a un gros muscle qui permet de chasser la sang, à la sortie du ventricule il y a une valve, qui est qui est la valve aortique, Cette valve si vous voulez c'est le départ de l'aorte. » *il dessine la valve aortique et l'aorte sur son schéma du cœur* « Quand le ventricule se resserre la valve s'ouvre et elle envoie le sang dans l'aorte. Au niveau de la valve y a deux problèmes potentiels soit la valve est trop serrée, un rétrécissement aortique c'est à dire au lieu d'avoir un trou comme ça, » *il dessine un cercle au tableau* « Elle a un trou comme ça » *il dessine un cercle plus petit dans le premier cercle*

« Donc inconvenient pour le cœur si vous voulez faire un courant d'air vous ouvrez la porte ça s'en va facilement » *il ouvre la porte du fond de la salle en grand* « Dans un rétrécissement aortique ça s'ouvre pas complètement » *et là il l'ouvre la porte avec une petite ouverture.* « Donc le ventricule gauche, est obligé des se contracter beaucoup pour faire passer le plus de sang possible, au début il s'hypertrophie c'est pour ça que le cardiologue fait des échographie pour voire l'épaisseur du muscle qui grossit, qui devient de plus en plus costaud comme quand on fait de la musculation et au bout d'un moment il en peu plus il se dilate comme quand vous mettez de l'eau dans un ballon de baudruche, il s'étire, il s'étire c'est ce qu'on appelle l'insuffisance cardiaque. Donc il faut opérer, on met une petite valve synthétique et tout revient dans l'ordre. » Intervention P6 : « Et en plus ils m'ont mis une valve de cochon » Dr Gaillard « oui, mais c'est un peu le coin ici quand même !! En ville ils mettent pas du cochon ». Tous les participants rient. Dr Gaillard reprend ces explications : « et à contrario, au lieu d'avoir un rétrécissement il peut y avoir une insuffisance c'est à dire que le clapet ne se ferme

pas bien et ce qui fait qu'à chaque fois quand, le ventricule se contracte et envoie le sang là *il montre l'aorte sur son schéma*, il y en a toujours un petit peu un petit retour qui se met là *il montre le ventricule gauche sur son schéma*. Et donc petit à petit le niveau là fait un peu de dépôt *il dessine une aire en bleue dans le ventricule gauche* on va dire et petit à petit le dépôt augmente augmente puisque à chaque contraction il en reste un petit peu et ça a les mêmes conséquences à plus loin terme, c'est un peu plus rare, c'est moins nocif immédiatement le plus embêtant c'est ce que vous avez eu *en montrant P6* c'est le rétrécissement aortique. Voilà »

15h39 : Dr Gaillard efface le tableau puis redessine un cœur avec ses coronaires puis il reprend : « Le cœur est alimenté en surface par des artères qui s'appellent des coronaires. Quand une des artères se bouchent et ben c'est l'infarctus, voilà »

15h40 : Dr Gaillard écrit HTA au tableau et explique chacun des termes : Hypertension artérielle, il écrit également les chiffres : 140/90 et 130/70 ; puis il reprend « Pour le commun des mortels c'est ça *il montre 140/90* pour les patients qui ont eu un événement cardiovasculaire ou des facteurs de risques importants tel le diabète c'est ça *il montre 130/70* Voilà. Chez les gens qui ont une insuffisance cardiaque sévère mal a poussé on va leur demander d'avoir encore moins. Sachez que plus vous avez une tension basse mieux c'est et que vous avez des gens qui se promènent toute la journée avec 10 de tension et ils sont pas plus malade que ceux qui ont 14, si vous êtes bien à 10 vous restez à 10 » intervention de P5 : « j'avais toujours 9 quand j'ai travaillé » Dr Gaillard « et vous en êtes pas morte la preuve, ma femme elle est à 10, après 9 à la poste ça suffit amplement !! » tous les participants rient. P6 « j'étais pas à la poste docteur, j'étais au téléphone et c'est vous qui m'énerviez » tous les participants rient. Dr Gaillard reprend « donc ça c'est tous les objectifs à essayer d'obtenir quand vous allez chez votre médecin, quand vous allez chez votre médecin il faut se dire aussi que vous y allez aussi pour vous faire surveiller et vous y allez dans un but de dépistage, si votre médecin vous trouve demain 15/9 ; c'est pas grave votre médecin va vous dire on verra la prochaine fois et si au bout de deux, trois fois la tension que vous aviez toujours à 13 ou 14 maintenant passe plutôt à 15 ou à 16 il va se dire peut-être que ce patient a la tension qui commence à bouger un petit peu, on ressert un peu petit peu l'état et éventuellement on modifie le traitement. Sachez qu'avant de déclarer quelqu'un d'hypertendu il faut qu'on ait trouvé une tension 3 fois dans les mêmes conditions anormale. « Bonjour Docteur je reviens du don du sang on m'a trouvé 17 » « très bien merci d'être venu pich pich 14, vous connaissiez pas les gens vous étiez inquiet, vous aviez peur de faire un malaise, vous avez donné votre sang juste avant d'aller embauché vous aviez peur d'être en retard, c'est une tension qui n'est pas forcément fiable. Vous avez mal dormi cette nuit, la tension elle est peut-être un peu pas bien parce que j'ai mal dormi je suis énervé, vous avez reçu le troisième

tiers des impôts, donc si vous voulez sur une fois ça veut rien dire, il faut que le chiffre anormal soit répété ; donc ne vous inquiétez pas c'est qu'une fois. Cette semaine on a vu deux patients, patientes qui avaient des chiffres anormalement élevés par rapport aux chiffres qu'il y avait dans leur dossier, on leur a dit pas d'inquiétude vous revenez la semaine prochaine et on recontrôle. A part qu'il y en a une qui est un petit peu limite, un jeune homme, qui est un peu fatigué qui a déjà eu des petit signes d'alertes, a qui a déjà eu à la médecine du travail une tension un peu élevée, on lui enlevé des dents de sagesse : tension élevée donc lui si la semaine prochaine il l'a encore élevée, il aura vu trois fois trois médecins, on va le classer dans les hypertendus, il aura eut 4 fois une tension élevée dans 4 situations différentes, ce n'est plus un accident. Donc ce qui fait mal dans la pathologie, c'est anomalie sur la durée. Alors maintenant pourquoi on en est à l'hypertension artérielle ? » Intervention de GCE : « Disons, reposons la question quels sont les facteurs de risques des maladies cardio-vasculaire ? » *En se tournant vers les participants, docteur Gaillard prend un stylo vert pour écrire au tableau ce que disent les participants.* P1 : « âge et on mange trop bien » P5 « et qu'est-ce c'est trop bien trop gras ? » Dr Gaillard « faut manger une feuille de salade le lundi, un verre minéral le mardi, ce qui est marrant c'est que la prochaine séance c'est sur la nourriture et puis vers la fin quand ça se détend un peu y a des échanges de recettes, on sert à quelque chose, bon je compte sur vous pour le gâteau au chocolat madame » *en s'adressant à P5.* Dr Gaillard « donc l'âge, on mange trop bien quoi d'autre ? » Intervention de P4 : « la sédentarité » Intervention de P3 « trop de ce qu'il faut pas ». Dr Gaillard précise « donc là *il écrit à coté de on mange trop bien* on va parler de quantité et là *il écrit à coté de trop de ce qu'il faut* on va parler de qualité » Puis devant le silence de l'assemblée il écrit le reste des facteurs de risques cardio-vasculaires et il fini : « il y a un truc sur lequel on ne peut pas agir, vous n'y êtes pour rien et qui est important dans la maladies cardio-vasculaire en générale. » Intervention P8 : « le sexe ».

15h52 : atelier sur les facteurs de risques cardio-vasculaires modifiables non modifiables par groupes de 2 à 4 avec GCE qui passe dans chaque groupe pour aider les participants.

16h07 : correction des ateliers puis Dr Gaillard reprend une explication sur pourquoi bouger : « alors pourquoi bouger ? La cellule marche au sucre, c'est à dire que sans sucre vous ne pouvez pas vivre. *Il écrit sucre au tableau.* La cellule du corps humain l'énergie c'est le sucre. Avec une espèce de petite machine qui transforme le sucre en acide machin truc muche, mais c'est le sucre tout marche au sucre, c'est pour ça que quand on est un flagada on mange du sucre on va un petit peu mieux. Quand vous avez un effort qui pourrai vous consommer ce sucre et que vous après vous avez mangé X sucre la différence de sucre se transforme en gras et

le gras c'est l'énergie de réserve c'est du stockage. C'est à dire que si vous avez un jour une alimentation très pauvre en sucre, votre corps pour vivre il va piocher dans le gras et il va le passer dans sa cellule moulinette qui va le transformer en sucre. C'est pour ça que pour maigrir si vous arrêter le gras et le sucre, la cellule elle va bouffer l'énergie du gras en sucre pour vivre. Dac ? *En s'adressant à l'assemblée.* Ca veut dire aussi qu'il ne faut pas vivre sans sucre.

Après vous le révéler avec la séance sur l'alimentation. Ce qui est bien c'est de manger du sucre et de manger des sucres lents généralement se consomment petit à petit. Donc en faite comme on vit nous avec le repas du dimanche un petit peu amélioré avec la famille ou les amis ou des trucs comme ça, vous manger le soir vous n'avez pas encore cramé le repas de midi et vous êtes en train de regarder la chaudière. P5 : « on dit 5 minutes sous la langue 5 cm autour des hanches »

Dr Gaillard : « moi, j'ai fait un mariage en Allemagne, j'ai mangé avec des médecins allemands, le soir il mangent froids. Ils mettent un petit peu de viande froide et du pain noir sur la table ; ça aussi c'est hyper important tout ce qui est blanc est hyper calorique, tout ce qui est raffiné est mauvais. Le pain avec les céréales et le pain avec les farines de campagnes maintenant mais les boulangers le savent ils ont diminués le sel dans le pain et ils mettent plutôt des mixtes de farines, c'est mieux que le pain blanc. Après guerre ont s'est jette sur le pain blanc parcequ'on avait marre de manger du noir mais pour la santé, je veux pas dire qu'il vaut mieux avoir la guerre mais il vaut mieux manger du pain noire.

P1 : « et le pain de mie c'est bon ? » Dr Gaillard : « non, c'est très mauvais »

P2 : « et le complet ? » Dr Gaillard : « pas forcément le plus complet ou celui qu'on mange avec les huitres mais un pain ou vous allez avoir une farine un peu grisâtre ou un pain au céréales est bien mieux parce qu'après avec ces histoires qu'on appelle des indices caloriques et donc si vous voulez les piques de sucres vont se faire de manière plus importante avec des pains, avec des nouilles blanches, il y a maintenant des pâtes complètes, vous avez du riz complet, c'est moins joli c'est moins blanc dans l'assiette mais pour la santé. Sachez le le sucre roux est mieux que le sucre de betterave. P2 : « et le blanc de poulet ? » Dr Gaillard : « je préfère l'entrecuisse et pour me faire la bouche l'aile bien cuite » P5 : « et le sot-l'y-laisse ? » Dr Gaillard : « le sot-l'y-laisse il arrive même pas sur la table, voilà qu'est-ce qu'il faut dire de plus Gisele ? »

16h31 : GCE : « On va faire les rosaces maintenant, *Elle se met devant l'affiche de la rosace*, Vous allez avoir chacun une rosace à remplir chacun, je vais vous la distribuer et on va voire ensemble chacun »

16h33 : distribution des rosaces. Chaque participant rempli sa rosace avec l'aide de GCE et du Dr Gaillard.

16h44 : topo sur la confiture Dr Gaillard : « le problème c'est que vous avez du diabète vous dites je mange de la confiture au petit déjeuner est ce qu'on peut en manger, oui vous pouvez en manger un petit peu après, à midi y a de la glace y a tante lulu c'est elle qui la faite puis après au club du troisième âge y a des crêpes y a à peine de sucre mais je peux en manger un peu et le soir devant la télé un mars et c'est un petit peu tous les jours, enfin un petit peu tous les jours c'est beaucoup. Donc si vous manger un petit peu de confiture de cerise le matin et qu'à midi en dessert vous avez un fruit et qu'à quatre heures vous manger une pomme et que le soir y a pas de sucre, vous pouvez manger un petit peu de sucre. C'est tout. » P2 : « et le canderel ? »

Dr Gaillard : « C'est très bien après moi personnellement, j'utilise un truc qui s'appelle stevia c'est une feuille originaire d'Amérique du sud et qui a un pouvoir 4000 fois plus puissant que le sucre. Vous en avez au magasin bio à Mauléon, moi j'ai un pot depuis 2 ans il est toujours pas fini et j'en mets une pointe de cuillère à café. Bien à lundi préparer vos recettes »

8.1.2 SEANCE N°2: Nutrition et Activité physique animée par Dr Pierre Cabrol et Marie-Aude Esconobiet Gegu

16h00 : exercice par petit groupe les participants doivent placer des aliments du plus gras au moins gras sur un plateau pédagogique du programme.

16h09 correction par Dr Cabrol sur affiche pédagogique du programme: « on y va on regarde, la matière grasse elle est calculée sur une matière sèche, donc un bloc de beurre il est plus gras que la crème fraîche parce qu'elle est diluée, de la même façon le camembert il est moins gras que le gruyère parce que la matière grasse elle est calculée sur la matière sèche.» « Et votre chocolat madame A. il est là, attention » *en le montrant sur l'affiche de correction.* « Pour les viandes dans la hiérarchie vous avez le mouton, le bœuf, le veau moins et le lapin encore moins et le jambon blanc aussi, au même niveau que le lapin et le blanc de poulet aussi. » P5 : « et la tarte ? » Dr Cabrol « La tarte ça dépend de la façon dont elle est faite, y a quand même du beurre surtout que celle-là elle a l'air bien dorée. » P2 : « et les graisses visibles ? » Dr Cabrol : « la graisse visible pour en revenir à la classification ce sont des lipides, il y a que de la graisse, de l'huile c'est de l'huile. Et toutes les autres ce sont des graisses cachées. »

16h14 P5 : « et le croissant ? » Dr Cabrol : « il est là *en le montrant sur l'affiche* la viennoiserie vous savez y a beaucoup de beurre, du sucre et du sel, la viennoiserie c'est pas ce qu'il y a de mieux, c'est pas terrible la viennoiserie quand on veut faire attention, mais j'ai pas dit que c'était pas bon, c'est à dire que si on veut économiser des calories il vaut mieux manger une pomme que de manger un croissant. »

16h15 : nouvel exercice par petit groupe les participants doivent placer des aliments du plus dangereux au plus protecteurs pour les artères.

16h25 : correction de l'exercice par Marie-Aude Esconobiet Genu (MAEG) sur l'affiche pédagogique du programme : « alors le plus protecteur, l'huile d'olive et colza, le moins bon pour les artères c'est les graisses issues des graisses animales, le lard, graisse de cochon, la crème fraîche c'est de la graisse de lait de vache, le saindoux c'est aussi du cochon, les graisses animales sont moins bonnes. Il vaut mieux les végétales et encore par rapport au beurre et à la margarine il vaut mieux manger un petit moins de beurre que de manger beaucoup margarine mais bon ça c'est à calculer. Et ce qu'on conseil pour les huile c'est de les mélanger, un peu d'huile de colza un peu d'huile d'olive, et un peu d'huile de pépins de raisins, pour avoir un peu de gout et pour avoir des choses qui sont bonnes pour la santé. Mais bon ce qu'on peut remarquer c'est que pour les artères ce qui est le moins bons c'est les graisses animales. »

16h34 : Dr Cabrol lance un débat : « Au dernier stage on avait eut un grand débat sur les frites sans huiles. » MAEG : « avec la fameuse friteuse où on met une cuillère d'huile. » Dr Cabrol : « oui mais c'est très long, c'est $\frac{3}{4}$ d'heure » MAEG : « c'est $\frac{3}{4}$ d'heure, nous je sais qu'on est 5 à la maison il nous en faudrait 3, il faudrait prévoir les frites 3 heures à l'avance. Alors j'avais une technique qu'on avait apprise, les frites au four, on coupe les pommes de terre en forme de frites, on les met dans un saladier bien sèches avec une ou deux cuillères d'huile et de paprika pour la couleur, on mélange bien et on met ça dans le four. » Dr Cabrol : « ou sur la plaque et c'est très bon » P5 prend des notes elle demande : « allons expliquer moi ça » et MAEG reprend son explication pour P5 tandis qu'elle note scrupuleusement les détails de la recette.

16h42 : l'affiche des bonnes pratiques culinaires est commentée par Dr Cabrol : « On a tendance à manger trop salé, ce n'est pas bon ça fait monter la tension, ça provoque des rétentions d'eau on en parlait tout à l'heure, les boulangers ont eu des consignes pour mettre 25% de sel en moins, maintenant tous les fabricants de plats préparés mettent moins de sel dans leur plats parcequ'il y avait des problèmes de santé publique avec la tension qui montait. » MAEG : « eux

ils mettent ça pour que leurs plats aient plus de gout et les gens s'habitue à avoir de plus en plus de sel et là il faut revenir en arrière, c'est progressivement qu'i faut y arriver. » Dr Cabrol : « Alors à la place du sel on peut utiliser de la moutarde, du ketchup, des bouillons cubes, des câpres, des cornichons. » puis en lisant la suite de l'affiche il poursuit : « attention aux graisses saturées : beurre, crème, graisses de viande, aux fritures et aux bains d'huile. » MAEG : « et donc vous avez vu sur la pyramide qu'on avait, la portion de matière grasse c'était une portion, là vous en avez pour 3 jours » P5 en montrant son poing : « alors c'est pas ça la portion ? » MAEG : « Non » L'assemblée rit. Dr Cabrol : « alors c'est sûr que si on veut enlever le gras, le sel on perd du gout parce que tous les arômes sont dans les graisses mais on s'y habitue et il faut trouver d'autres moyens de donner du goût aux aliments ça pour ça qu'il faut utiliser des modes de cuissons qui développe la saveur des aliments comme le grill, la vapeur, le four, les papillotes, les aromates, il faut utiliser des aromates aussi. » MAEG : « Et puis on a le droit de faire des écarts de temps en temps mais il ne faut pas que ce soit quotidien. » P1 : « le dimanche » MAEG : « voilà ou une fête de famille » Dr Cabrol en montrant l'affiche: « vous voyez la vinaigrette du chef c'est moitié colza moitié olive » MAEG : « et on peut se faire comme je l'ai expliquer dans une bouteille moitié olive moitié colza qui servent pour l'assaisonnement, on peut se faire ses mélanges parce que toutes les huiles ont un goût différent, des caractéristiques différentes au niveaux des acides gras qu'elles contiennent donc on peut faire des mélanges, parce que ça se vend tout près mais on paye ce mélange » Dr Cabrol : « Ca tout le monde est d'accord pour dire que moitié olive moitié colza c'est ce qu'il y a de mieux » P5 : « Ca ce que disait Tupperware, ils disait de mettre de l'eau » P4 : « moi j'en met » P5 : « moi, j'ai un truc électrique et j'y met du citron, moi j'aurai pas fait c'est les jeunes filles qui veulent pas grossir donc elles mangent avec moi je suis obligée, sinon j'aurai mis que de l'huile » P4 : « mais l'huile elle apporte pas de gout. » P5 : « oui mais la salade elle bien fluidifiée » MAEG : « sinon on peut rajouter du yaourt, bien évidemment on peut pas le préparer à l'avance mais on peut rajouter du yaourt à la place de l'huile ca rajoute de l'onctuosité pour les crudités c'est bien. » MAEG : « Donc vous retrouvez tout ça dans votre dossier éducatif, comme ça vous pouvez interroger vos amis, pour faire des quizz avec vos amis pour leur dire moi je sais des trucs en plus. »

16h45 : affiche sur l'activité physique pour ma santé mise en place ; Dr Cabrol : « Donc il faut l'adapter à ses besoins à sa condition physique à son âge, sachant que l'activité physique ça veut pas dire faire du sport à outrance, c'est une hygiène de vie comme l'alimentation c'est à dire c'est marcher tous les jours plutôt que de faire 3 tours de pater de maison pour garer sa voiture la garer plus loin et faire un aller-retour à pied, plutôt prendre un escalier qu'un ascenseur quand on

peut. Alors à quoi sert l'activité physique : à la prévention des maladies cardiovasculaires, ça fait marcher le cœur, ça donne une meilleure image de soi parcequ'on est plus musclé, ça fait baisser la tension, ça prévient le diabète, bien sûr ça prévient la prise de poids et puis on se sent mieux. On va marcher on se dit oulala il va falloir que j'aïlle marcher et quand on a fini on est content. »

16h49 : MAEG : « parmi vous qui a une activité physique régulière ? » P4 lève le doigt : « moi, marcher » MAEG : « marcher tous les jours ? » P4 : « oui tous les jours » MAEG : « et vous ? » en vous en s'adressant à P6 : « le jardin et la marche et le jardin y a un grand jardin si vous descendez de chez Agnès vous regarderez et quand on cours dernière la tondeuse et y a pas de jardinier » MAEG en s'adressant à P2 : « et vous » P2 : « le jardin et la marche » P5 : « moi je vais l'aquagym tous les mardis » MAGE en s'adressant à P6 : « et vous ? » P6 : « oh moi pas grand chose pour le moment, ça fait pas longtemps que j'ai été opérée du cœur » MAEG : « et petit à petit vous allez reprendre une activité ? Marcher ? » P7 : « oui je marche, je m'occupe des fleurs » MAEG : « avec les beaux jours ça va donner envies » MAEG en s'adressant à P8 : « et vous ? » P8 : « et le jardin maintenant et puis la marche et maintenant non, mais j'espère quand le beau temps va arriver »

Dr Cabrol : « sachant que le sport le plus physiologique, c'est la marche. » P5 : « et la piscine ? » Dr Cabrol : « oui mais disons que la piscine il faut y aller. Oui dans l'absolu c'est bien la piscine » P6 : « il faut y aller ? » Dr Cabrol : « Quoi maintenant ? » tous les participants rient. Dr Cabrol reprend : « non, mais disons que la marche c'est à la fois facile et pratique, ça prend pas de temps, Certes si vous allez à la piscine c'est bien mais c'est plus difficile à organiser. » P5 : « nous ont va à salies en voiture à cinq et à chacun son tour, on conduit chacune notre tour » Dr Cabrol : « comme un capitain de soirée » *rires*. P5 : « mais malheureusement après j'ai faim » MAEG : « alors vous manger quoi en arrivant du pâté et des rillettes ? » P5 : « non, je prend un thé et deux petits biscuits » MAEG : « bon c'est là qu'on voit que chacun doit trouver un sport qui est adapté à sa situation, voilà madame A. a mal au genou, la marche c'est pénible donc voilà, elle va à la piscine se dégourdir les pates »

16h52 : P7 P8 s'en vont car ils ont une obligation familiale suivi de près par P3

16h56 : nouvelle affiche décrite Dr Cabrol intitulée faire du sport : « du plus faible jusqu'au plus fort en intensité c'est à dire de la pétanque au tennis, alors il y a la pétanque, la randonnée ça va, le ping-pong ça demande déjà plus d'intensité, ensuite la danse, la course, le football, la piscine, le ski, le vélo de randonnée et le tennis. »

17h00 : nouvelle affiche du programme, il s'agit d'une affiche qui décrit ce qu'on brûle comme aliments en 30 minutes d'activité physique toujours décrite par Dr Cabrol : « voilà ce qu'on brûle comme calories en 30 minutes d'activités physique , faire une activité d'intensité faible c'est à dire faire le ménage de la marche du golf miniature de la danse sociale c'est l'équivalent calorique de 2 pommes ou 10 cm de baguette et une portion de fromage mais faire du sport ça fait pas maigrir par contre mais ça permet de garder un capital musculaire de faire marcher son cœur mais ça fait pas maigrir, les gens qui disent je vais faire pleins de sport ça fait maigrir ils vont développer leur masses musculaire au dépend de leur masse graisseuse. Ensuite on passe à l'intensité moyenne, ratissage jardinage ski de fond là vous passer à l'équivalent de 3 pommes ou 12 cm baguette et une portion de fromage »

17h02 : nouvelle affiche comment s'avoir si mon effort est adapté commentée par MAEG : « Regardez si on peut plus parler c'est qu'on va trop loin c'est qu'on est dans le rouge, il faut savoir s'arrêter. » Dr Cabrol : « D'autant plus si on eut des sueurs froides, des vertiges, des évanouissent , c'est qu'on a été beaucoup trop loin, ça on le voit il y a eu une mode de gens qui se sont mis à faire du marathon à 40ans et qui n'avaient jamais fait de sport avant et qui dans leur esprit veulent aller au-delà de la souffrance» MAEG : « bon ça c'est pour le niveau cardio-vasculaire parcequ'après le niveau musculaire c'est différent, voilà quand on peut plus parler il vaut mieux s'arrêter »

17h04 : Dr Cabrol : « Alors on a fini beaucoup plus tôt que prévu, vous êtes un groupe efficace, la prochaine fois ce sont les médicaments et les signes pour apprendre à se surveiller la tension, pouls savoir quels sont les signes qui doivent vous alerter quand appeler le médecin. Merci bonne après-midi messieurs, dames »

8.1.3 SEANCE N°3: Vigilance Auto surveillance et traitement animée par le Dr Gougne et Gisèle Caubet-Elgohen

Début 15h29 : pendant 30 minutes révision de la séance précédente sur nutrition et activité physique.

16h08 : affiche du programme sur signes d'alertes vigilance et auto-surveillance. GCE écrit HTA sur le tableau véleda. Dr Gougne : « Qu'est ce qu'il vous ferai dire que vous avez une poussée de tension ? » P5 : « quand j'ai très mal à la tête » Dr Gougne : « le mal à la tête, oui et puis ? » P5 : « ben là je suis allée très vite consulter parce que j'avais une sensation de chaleur partout et effectivement j'avais la tension très élevée et c'était avoir pris un grog »

Dr Gougne : « comme quoi l'alcool ça conserve pas ! Et quand vous ressentez ces signes vous vous prenez la tension ? Vous avez un appareil à tension ? » P4 : « ce

matin je l'ai prise j'avais 13/8 » Dr Gougne : « et ce matin vous l'avez prise pourquoi ? » P4 : « à cause des mots de têtes, mais sinon quand j'ai consulté c'est parce que j'avais des bourdonnements dans les oreilles »

16h11 : correction de la question posée avec affiche pédagogique. Dr Gougne : « alors les 2 autres signes qui n'ont pas été cités, vertiges et saignements de nez alors vertiges c'est pas forcément la tension vous savez ça peut aussi être les oreilles. Après le signe le plus important c'est quand même le mal à la tête ». Dr Gougne s'approche d'un appareil à tension qu'il a amené et dit : « vous savez vous en servir ? » P5 : « moi je ne m'en sert pas » Dr Gougne : « vous ne voulez pas vous en servir ? » P5 : « moi je ne veux pas chez les enfants il y en a un mais je ne veux pas prendre ma tension, une fois par mois ça me suffit » P4 : « nous on en a un mais on le fait pas à chaque fois si on a pas de symptômes »

16h15 : atelier tension on se prend la tension les uns les autres.

16h32 : Chaque participant a amené son ordonnance, on réalise des post It avec le nom des médicaments qui devront être ensuite placés sur la plateau pédagogique.

16h50 : Dr Gougne : « alors le but du jeu c'est de placer vos médicaments savoir où vous allez les classer ces médicaments si ça fait baisser la tension, si ça fait baisser le rythme cardiaque, si ça fait uriner, si ça fluidifie, si ça fait baisser le cholestérol, la glycémie si ça soulage ou ça améliore la force du cœur. » P4 et P5 essayent de faire l'exercice.

17h02 : correction de l'exercice. Dr Gougne : « Spironolactone ça fait baisser la tension mais ça fait aussi uriner. » P5 : « alors je coupe le papier en 2 ? » GCE : « en faite ceux qui font uriner font aussi baisser la tension » Dr Gougne : « oui » P5 : « c'est comme la Plavix, heu non l'autre le Lasilix » Dr Gougne : « donc oui ça fait uriner et baisser la tension. Donc là, le Plavix et le Kardegic ça fluidifie le sang c'est ça. » GCE : « de même que ici le Previscan. » P4 : « après le Byetta c'est pour le sucre ; ça fait baisser la glycémie, le Lasilix ça fait uriner, le Bisoprolol c'est pour le cœur ça fait baisser le rythme du cœur » Dr Gougne : « oui le Bisoprolol ça fait baisser le rythme du cœur et ça fait baisser la tension aussi on peut le mettre à cheval entre les deux » P4 : « le Tareg c'est pour le cœur aussi. » Dr Gougne : « oui, ça fait baisser la tension » P4 : « après Metformine ? » Dr Gougne : « Metformine c'est le sucre » P4 : « Simvastatine, ça c'est pour le cholestérol et le Diffu-K c'est quoi ? » Dr Gougne : « c'est du potassium ça rentre pas dans ce cadre-là, ça corrige les effets du Lasilix »

17h10 : affiche pédagogique sur Buts et effets secondaires des médicaments. Discussion sur les conditionnements des boites de médicaments. P5 : « alors y en a

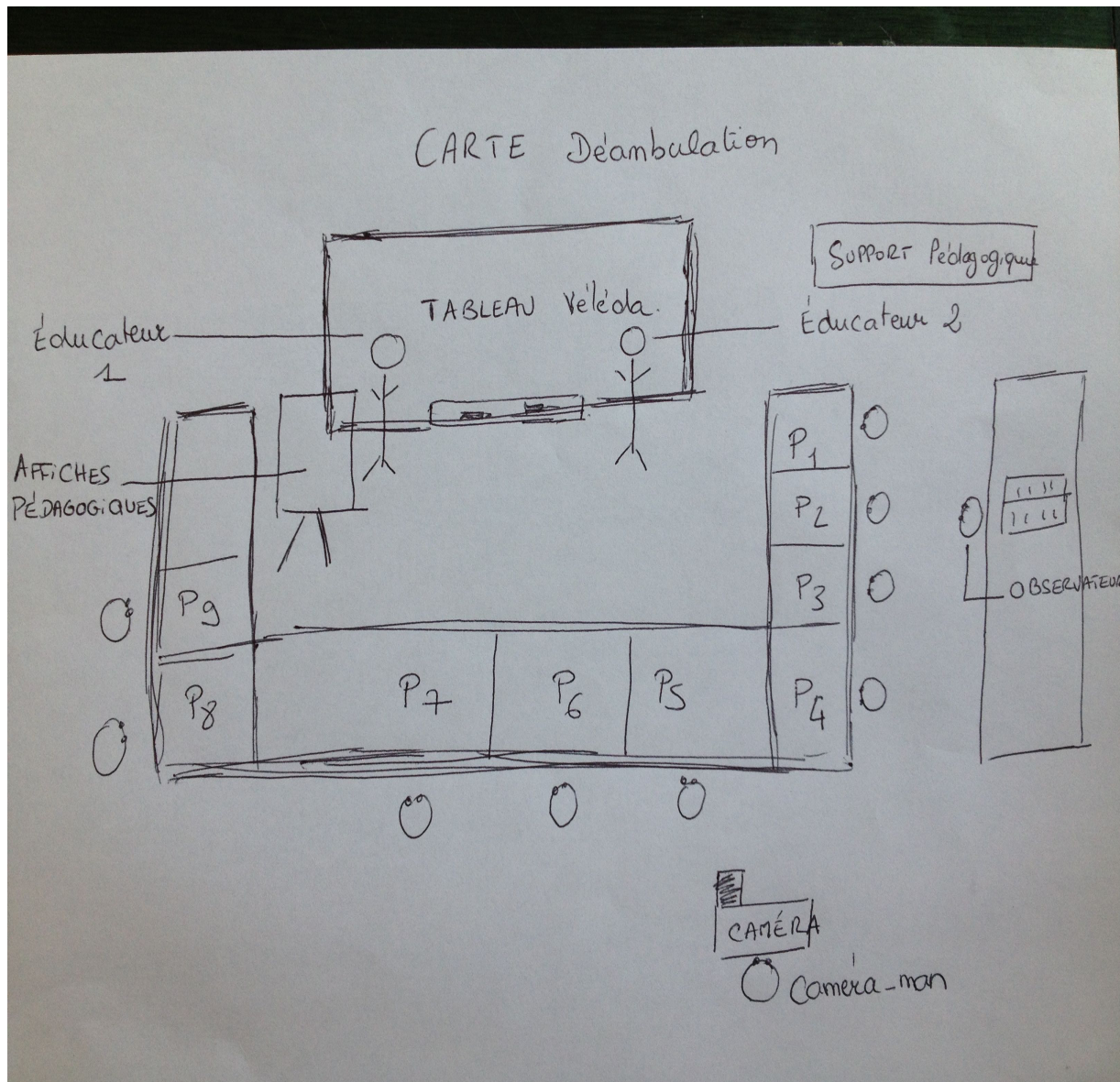
de 28 et d'autres 30 alors on se retrouve avec des médicaments en trop et d'autres moins. Alors il faut prévoir quand la boîte elle fini » P4 : « moi, la boîte de 90 mon mari il en prend $\frac{1}{2}$ alors j'en ai pour 1 an » P5 : « non 6 mois » P4 : « oui 6mois »

17h12 : distribution d'un pilulier papier s'intitulant : Je planifie mes médicaments

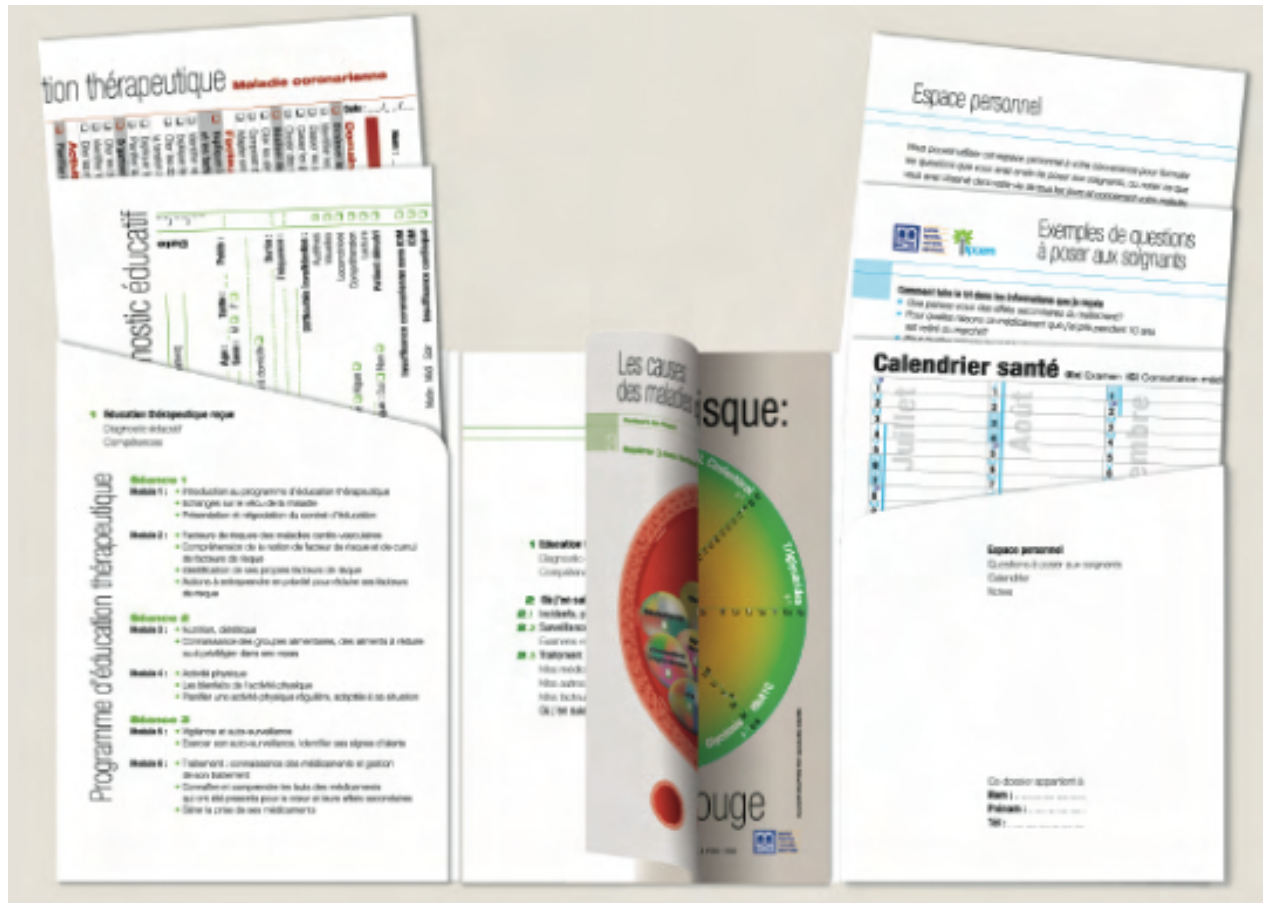
17h18 : Dr Gougne : « pour conclure sur les médicaments encore faut-il qu'il soit et tolérable et pas dangereux » P5 : « ah dangereux ce serai dommage » Dr Gougne : « ça serai dommage oui » Fin.

8.2 MATERIEL pédagogique

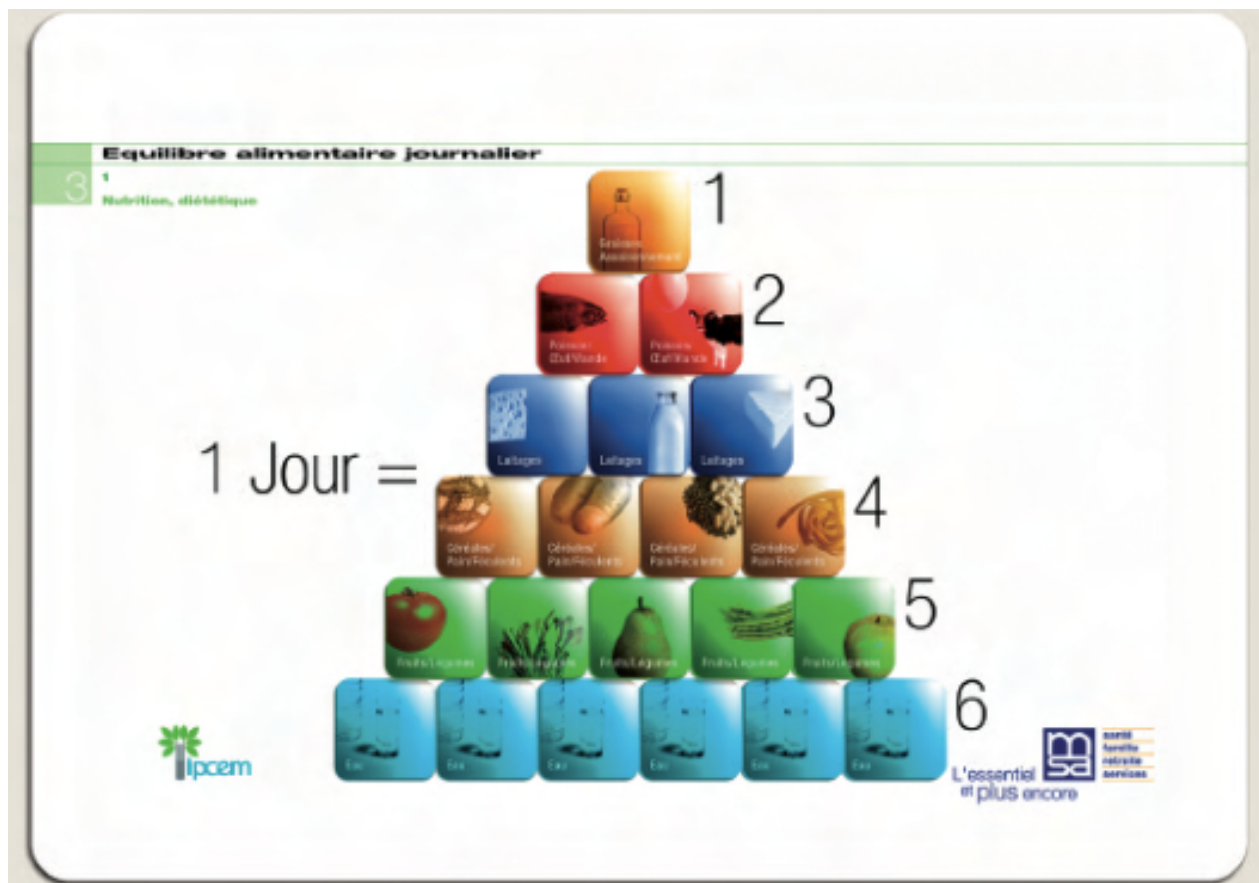
Annexe 1 : Carte de déambulation des séances d'ETP



Annexe 2 : Le diagnostic éducatif partagé



Annexe 3 : La pyramide alimentaire



Annexe 4 : Sets de tables destinés à l'éducation nutritionnelle



Annexe 5 : Le convertisseur d'activités physique

En **30** minutes d'activité physique...

Intensité très élevée

- Course à pied (10km/h)
- Vela de mer (forte)
- Sauf à la corde
- Ski de fond (sans saut)

360 kcal
5 pommes ou 20cm baguette et 2 portions fromage

Intensité élevée

- Randonnée pédestre avec sac à dos
- Badminton
- Natation vigoureuse
- Conditionnement physique
- Randonnée à vélo
- Jogging (8km/h)
- Tennis (en simple)

300 kcal
4 pommes ou 15cm baguette et 2 portions fromage

Intensité moyenne

- Pêcheage
- Jardinage
- Chasse
- Natation
- Marche d'un pas rapide
- Danse folklorique
- Tennis en double
- Pelotage de la neige
- Ski de fond détente
- Ski alpin détente
- Golf

200 kcal
3 pommes ou 12cm baguette et 1 portion fromage

Intensité faible

- Épaveage
- Marche d'un pas normal
- Golf récréatif
- Danse sociale
- Lavage voiture ou camion
- Billard
- Pêche
- Bowling

150 kcal
2 pommes ou 10cm baguette et 1 portion fromage

...je dépense


Annexe 7 : Gradateur d'activités physiques ou comment savoir si mon effort est adapté

Comment savoir si mon effort est adapté?

Activités physiques


4

Faible




Je peux chanter

Adapté



Je peux faire une conversation
Je ne peux pas chanter


Trop intense



Je ne peux dire que quelques mots

Pâleur
Sueurs froides
Vertiges
Évanouissement

Douleur ou oppression thoracique



Annexe 8 : Questionnaire pré-test/post-test

Questionnaire d'évaluation des connaissances
POST-TEST
PRE

Date : *24.10.17*

Numéro séquentiel :

« Les informations, facultatives, recueillies sur le questionnaire sont confidentielles et destinées au médecin conseil MSA. Ce traitement déclaré à la CNIL, a pour finalité d'évaluer les bénéfices de ce programme thérapeutique pour les assurés MSA atteints d'hypertension artérielle, de maladie coronaire ou d'insuffisance cardiaque, en termes de connaissances acquises, de modifications de comportement et de satisfaction. Conformément aux dispositions de la loi relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour les informations vous concernant jusqu'au moment de leur anonymisation, auprès du directeur de la caisse de MSA. »

Répondez à chaque question en cochant **VRAI** ou **FAUX**,
PUIS précisez si vous en êtes sûr à :

J'en suis sûr à			
100 %	80 %	60 %	50 %

COEUR

1. L'infarctus, c'est quand une partie du cœur n'est plus irriguée

1. VRAI
 2. FAUX

J'en suis sûr à			
100 %	80 %	60 %	50 %

2. Quand on est en insuffisance cardiaque, on peut avoir de l'eau dans les poumons

1. VRAI
 2. FAUX

J'en suis sûr à			
100 %	80 %	60 %	50 %

3. Quand on fait un infarctus, on peut avoir mal à l'estomac

1. VRAI
 2. FAUX

J'en suis sûr à			
100 %	80 %	60 %	50 %

Laboratoire de Pédagogie de la Santé EA 2412 - 2006

Annexe 9 : Grilles d'observations

Contrat d'éducation thérapeutique

Malaadie coronarienne

ipicem

SA

OBJECTIFS DU CONTRAT		OBSERVATION
Domaine de l'alimentation		
<input type="checkbox"/>	Diminuer les graisses dans l'alimentation	1
<input type="checkbox"/>	Identifier les graisses dans l'alimentation	1
<input type="checkbox"/>	Classer les aliments selon leur teneur en graisses	1
<input type="checkbox"/>	Classer les graisses d'association selon leur risque athérogène	1
<input type="checkbox"/>	Choisir des modes de préparation en limitant les apports en graisses	1
<input type="checkbox"/>	Realiser des repas équilibrés sur une journée	1
<input type="checkbox"/>	Classer les aliments conduisant à une alimentation équilibrée	1
<input type="checkbox"/>	Composer des menus équilibrés sur une journée type	1
<input type="checkbox"/>	Adapter son alimentation lors d'un repas de fête, invitation, sortie	1
Facteurs de risque		
<input type="checkbox"/>	Expliquer les liens entre la maladie coronarienne et les facteurs de risque cardio-vasculaires	1
<input type="checkbox"/>	Identifier ses propres facteurs de risque	1
<input type="checkbox"/>	Expliquer les conséquences de l'association des facteurs de risques	1
<input type="checkbox"/>	Classer les objectifs liés avec le médecin pour la tension artérielle, glycémie, triglycérides cholestérol	1
<input type="checkbox"/>	Appiquer un mécanisme de réduction du risque	1
<input type="checkbox"/>	Planifier la prise en charge de ses facteurs de risque	1
Organiser l'arrêt du tabac		
<input type="checkbox"/>	Classer les bénéfices de l'arrêt du tabac	1
<input type="checkbox"/>	Identifier les difficultés lors du sevrage tabagique	1
<input type="checkbox"/>	Classer les moyens possibles d'aide à l'arrêt du tabac	1
Activité physique		
<input type="checkbox"/>	Planifier une activité physique régulière adaptée à sa cardiopathie	1
<input type="checkbox"/>	Reconnaitre les différents sports possibles	1
<input type="checkbox"/>	Choisir une activité physique compatible avec sa maladie	1
<input type="checkbox"/>	Expliquer les effets positifs d'une activité physique sur sa maladie	1
<input type="checkbox"/>	Adapter l'intensité d'une activité physique à ses possibilités	1
<input type="checkbox"/>	Reconnaitre les signes qui apparaissent lors d'une activité physique trop intense	1
Autosurveillance et sécurité		
<input type="checkbox"/>	Reconnaitre ses propres signes d'alerte (douleur, troubles du rythme)	1
<input type="checkbox"/>	Expliquer les circonstances de sa douleur cardiaque	1
<input type="checkbox"/>	Identifier les circonstances d'apparition de sa douleur cardiaque	1
<input type="checkbox"/>	Prendre son poids	1
<input type="checkbox"/>	Interpréter les variations du rythme et de sa fréquence cardiaque	1
Mettre en œuvre le plan d'action personnalisé en cas de survenue d'un signe d'alerte		
Traitement médicamenteux		
<input type="checkbox"/>	Expliquer les liens entre son traitement et sa maladie	1
<input type="checkbox"/>	Reconnaitre ses propres médicaments	1
<input type="checkbox"/>	Expliquer le rôle de chaque médicament	1
<input type="checkbox"/>	Identifier les principaux effets secondaires	1
<input type="checkbox"/>	Préparer et répartir son traitement	1
Gérer le traitement AAK		
<input type="checkbox"/>	Classer les aliments interférant sur le rôle des AAK	1
<input type="checkbox"/>	Expliquer l'impact de la surveillance de l'AAK	1
<input type="checkbox"/>	Reconnaitre les signes d'alerte et de surdosage	1
<input type="checkbox"/>	Identifier dans quelles situations prendre que l'on est sous AAK	1
<input type="checkbox"/>	Tenir à jour son carnet de traitement	1

Contrat d'éducation thérapeutique

Insuffisance cardiaque

ipicem

SA

Contrat d'éducation thérapeutique

Hypertension artérielle

ipicem

SA

OBJECTIFS DU CONTRAT		OBSERVATION
Domaine de l'alimentation		
<input type="checkbox"/>	Diminuer le sel dans l'alimentation	1
<input type="checkbox"/>	Identifier les aliments les plus riches en sel	1
<input type="checkbox"/>	Classer les aliments selon leur teneur en sel	1
<input type="checkbox"/>	Choisir des modes de préparation de repas pauvres en sel	1
<input type="checkbox"/>	Realiser des repas équilibrés sur une journée	1
<input type="checkbox"/>	Classer les aliments conduisant à une alimentation équilibrée	1
<input type="checkbox"/>	Composer des menus équilibrés sur une journée type	1
<input type="checkbox"/>	Adapter son alimentation lors d'un repas de fête, invitation, sortie	1
Facteurs de risque		
<input type="checkbox"/>	Expliquer les liens entre l'insuffisance cardiaque et les facteurs de risque cardio-vasculaires	1
<input type="checkbox"/>	Identifier les principaux facteurs de risque	1
<input type="checkbox"/>	Expliquer le mécanisme de l'insuffisance cardiaque	1
<input type="checkbox"/>	Classer les bénéfices de l'arrêt du tabac	1
<input type="checkbox"/>	Identifier les difficultés lors du sevrage tabagique	1
<input type="checkbox"/>	Classer les moyens possibles d'aide à l'arrêt du tabac	1
Activité physique		
<input type="checkbox"/>	Planifier une activité physique régulière adaptée à sa cardiopathie	1
<input type="checkbox"/>	Reconnaitre les différents sports possibles	1
<input type="checkbox"/>	Choisir une activité physique compatible avec sa maladie	1
<input type="checkbox"/>	Expliquer les effets positifs d'une activité physique sur sa maladie	1
<input type="checkbox"/>	Adapter l'intensité d'une activité physique à ses possibilités	1
<input type="checkbox"/>	Reconnaitre les signes qui apparaissent lors d'une activité physique trop intense	1
Autosurveillance et sécurité		
<input type="checkbox"/>	Reconnaitre les signes d'apparition d'un œdème	1
<input type="checkbox"/>	Reconnaitre une variation rapide de poids	1
<input type="checkbox"/>	Expliquer le rôle de chaque médicament	1
<input type="checkbox"/>	Reconnaitre les signes d'aggravation d'un essoufflement	1
<input type="checkbox"/>	Reconnaitre les signes d'aggravation d'un essoufflement	1
<input type="checkbox"/>	Reconnaitre les signes qui apparaissent lors d'un essoufflement	1
Mettre en œuvre le plan d'action personnalisé en cas de survenue d'un signe d'alerte		
Traitement médicamenteux		
<input type="checkbox"/>	Expliquer les liens entre son traitement et sa maladie	1
<input type="checkbox"/>	Reconnaitre ses propres médicaments	1
<input type="checkbox"/>	Expliquer le rôle de chaque médicament	1
<input type="checkbox"/>	Identifier les principaux effets secondaires	1
<input type="checkbox"/>	Préparer et répartir son traitement	1

Contrat d'éducation thérapeutique

Hypertension artérielle

ipicem

SA

Annexe 10 : Questionnaire satisfaction patient

Cade patient :

Evaluation de votre satisfaction
 Pour chacune des propositions suivantes, indiquez dans quelle mesure vous êtes en accord ou en désaccord en entourant le chiffre de votre choix :

1. Je ne suis pas du tout d'accord 2. Je suis plutôt en désaccord 3. Je suis plutôt d'accord 4. Je suis tout à fait d'accord

1. Les explications apportées par les animateurs étaient claires	1	2	3	4
2. Le temps consacré aux explication et travaux de groupe a été suffisant	1	2	3	4
3. Les échanges entre les participants ont été constructifs	1	2	3	4
4. Les supports utilisés par les animateurs sont adaptés	1	2	3	4
5. J'ai appris des choses que je ne connaissais pas	1	2	3	4
6. L'éducation m'a donnée envie d'en savoir plus sur ma maladie	1	2	3	4
7. Les animateurs m'ont donné la possibilité de m'exprimer	1	2	3	4
8. Les ateliers ont pris en compte ma propre expérience de ma maladie	1	2	3	4
9. Les animateurs ont écouté attentivement ce que j'avais à dire	1	2	3	4
10. Ce programme d'éducation thérapeutique m'est proposé au bon moment, ni trop tôt ni trop tard.	1	2	3	4
11. L'éducation thérapeutique m'a permis d'améliorer ma relation avec mon médecin	1	2	3	4
12. L'éducation thérapeutique m'a permis de mieux parler de ma situation à mon entourage	1	2	3	4

Annexe 11 : Questionnaire satisfaction éducateur

The image shows two circular questionnaires, one for the educator and one for the patient, both titled "Exemples de questions à se poser après une ou plusieurs séances(s) d'Education Thérapeutique du Patient".

Top Questionnaire (Educator):

- 1-1: Est-ce que j'ai suffisamment aidé les participants à développer leurs compétences à résoudre de crise ou de leur vie ?
- 1-2: Est-ce que j'ai suffisamment aidé les participants à résoudre de crise ou de leur vie ?
- 2-1: Est-ce que j'ai suffisamment aidé les participants à développer leurs compétences à résoudre de crise ou de leur vie ?
- 2-2: Est-ce que j'ai suffisamment aidé les participants à développer leurs compétences à résoudre de crise ou de leur vie ?
- 3-1: Est-ce que j'ai suffisamment aidé les participants à développer leurs compétences à résoudre de crise ou de leur vie ?
- 3-2: Est-ce que j'ai suffisamment aidé les participants à développer leurs compétences à résoudre de crise ou de leur vie ?
- 3-3: Est-ce que j'ai suffisamment aidé les participants à développer leurs compétences à résoudre de crise ou de leur vie ?
- 3-4: Est-ce que j'ai suffisamment aidé les participants à développer leurs compétences à résoudre de crise ou de leur vie ?
- 3-5: Est-ce que j'ai suffisamment aidé les participants à développer leurs compétences à résoudre de crise ou de leur vie ?
- 4-1: Est-ce que j'ai suffisamment aidé les participants à développer leurs compétences à résoudre de crise ou de leur vie ?
- 4-2: Est-ce que j'ai suffisamment aidé les participants à développer leurs compétences à résoudre de crise ou de leur vie ?
- 4-3: Est-ce que j'ai suffisamment aidé les participants à développer leurs compétences à résoudre de crise ou de leur vie ?
- 5: Est-ce que j'ai suffisamment présenté les supports pédagogiques et remis-patients ?

Bottom Questionnaire (Patient):

- 1-1: Est-ce que j'ai respecté le principe d'équité pédagogique dans ma conduite du groupe ?
- 1-2: Est-ce que j'ai respecté le principe d'équité pédagogique dans ma conduite du groupe ?
- 2-1: Est-ce que j'ai suffisamment géré le groupe ?
- 2-2: Est-ce que j'ai suffisamment géré le groupe ?
- 3-1: Est-ce que ma conduite du groupe a tenu compte des principes pédagogiques ?
- 3-2: Est-ce que ma conduite du groupe a tenu compte des principes pédagogiques ?
- 3-3: Est-ce que ma conduite du groupe a tenu compte des principes pédagogiques ?
- 3-4: Est-ce que ma conduite du groupe a tenu compte des principes pédagogiques ?
- 3-5: Est-ce que ma conduite du groupe a tenu compte des principes pédagogiques ?
- 3-6: Est-ce que ma conduite du groupe a tenu compte des principes pédagogiques ?
- 3-7: Est-ce que ma conduite du groupe a tenu compte des principes pédagogiques ?
- 3-8: Est-ce que ma conduite du groupe a tenu compte des principes pédagogiques ?
- 3-9: Est-ce que ma conduite du groupe a tenu compte des principes pédagogiques ?
- 3-10: Est-ce que ma conduite du groupe a tenu compte des principes pédagogiques ?
- 3-11: Est-ce que ma conduite du groupe a tenu compte des principes pédagogiques ?
- 3-12: Est-ce que ma conduite du groupe a tenu compte des principes pédagogiques ?

Both questionnaires include a 5-point Likert scale: **5** (souvent), **4** (quelque fois), **3** (rarement), **2** (jamais), **1** (jamais).

Logos: **lipcam** and **ESB** (Essentiel & Services) for **santé famille retraite services**.

RESUME

Analyse d'un programme d'éducation thérapeutique ambulatoire sur les facteurs de risques et maladies cardio-vasculaires en Soule

Thèse de médecine générale, 2015, Bordeaux Zoé VELLA

INTRODUCTION: La prise en charge des maladies et facteurs de risques cardio-vasculaires représentent un enjeu économique mondial. L'éducation thérapeutique a fait la preuve de son efficacité dans ce domaine. Des programmes d'éducation thérapeutique (ETP) ont vu le jour. En France un programme de proximité de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) a été expérimenté ainsi que des programmes en Aquitaine (ETHICCAR). Reste à savoir quels sont les avantages et les limites du programme de la MSA dans le cadre de la médecine générale ambulatoire rurale d'Aquitaine en particulier au pays basque en Soule.

METHODE : Etude par observation directe non participante. Recueil des données par vidéo d'une séquence entière de 3 séances d'éducation thérapeutique dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique sur les facteurs de risques et maladies cardio-vasculaires ambulatoire en Soule.

RESULTATS : Le programme d'éducation thérapeutique étudié répondait aux critères de qualité de l'HAS. Les 3 séances de la séquence entière du programme d'ETP de Soule ont été retranscrites dans un journal de terrain qui a permis d'extraire 10 limites et 10 avantages.

CONCLUSION : Les avantages extraits du programme sont psycho-sociaux : convivialité, rupture du sentiment d'isolement ; liés au mode d'apprentissage collectifs : échanges d'expériences, de points de vue, interactions, stimulations des apprentissages ; relationnels : concernant la relation médecin malade et concernant la coordination médecins/infirmières et entre médecins.

Les limites sont d'ordre temporo-spatiale : horaires, temps et séquençage des séances ont été un frein à la participation au programme ; sociales : inhibition, difficultés à une participation active, difficultés d'attention ; pédagogiques : difficultés des éducateurs à ne pas faire un cours magistral, à faire passer les bons messages, à bien utiliser le matériel pédagogique et à ne pas refaire ce qui a déjà été fait dans les séances précédentes.

MOTS CLEFS : programme d'éducation thérapeutique, ambulatoire, maladies cardio-vasculaires, milieu rural, avantages, limites.

PRESIDENT DE THESE : Dr COUFFINHAL Thierry

DIRECTEUR DE THESE : Dr CABROL Pierre