



HAL
open science

Intérêt du coaching téléphonique dans la prévention secondaire de la maladie coronarienne, 1 an après une réadaptation

Marjorie Parent

► **To cite this version:**

Marjorie Parent. Intérêt du coaching téléphonique dans la prévention secondaire de la maladie coronarienne, 1 an après une réadaptation. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01671549

HAL Id: dumas-01671549

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01671549>

Submitted on 22 Dec 2017

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>
<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année : 2017

N°

**INTERÊT DU COACHING TELEPHONIQUE DANS LA PREVENTION
SECONDAIRE DE LA MALADIE CORONARIENNE, 1 AN APRÈS UNE
RÉADAPTATION**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE
DIPLOME D'ETAT

PARENT MARJORIE

[Données à caractère personnel]

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Le : 18/12/2017

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : M. le Pr BARONE-ROCHETTE Gilles

Membres

M. le Pr CHAVANON Olivier

M. le Pr ALLENET Benoît

Mme le Dr ROCCA Cécile

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement le Docteur Rocca Cécile, pour avoir accepté d'être ma directrice de thèse et de m'avoir guidé pendant ce travail. Tes conseils et ton dynamisme m'ont beaucoup aidé à avancer.

Je suis très honorée de la présence à mon jury de thèse de :

Monsieur le Professeur Barone-Rochette Gilles, je vous remercie sincèrement d'avoir accepté d'être le président du jury de cette thèse.

Monsieur le Professeur Chavanon Olivier et Monsieur le Professeur Allenet Benoît, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Je remercie particulièrement Marie-Christine Rostaing, infirmière d'éducation thérapeutique, sans qui ce travail n'aurait pas pu avoir lieu. Merci pour ton implication et ton travail auprès des patients.

Merci aux Docteurs Poletti Laurence et Borrel Elisabeth pour m'avoir soutenu et orienté à certaines étapes de ma thèse. Le passage dans votre service de réadaptation cardiaque m'aura beaucoup appris et j'en garde un des meilleurs souvenirs de ma formation d'interne.

Je remercie le Professeur Labarère José pour son aide à la constitution de la grille d'évaluation et à la réalisation des statistiques.

A titre plus personnel, je tiens à remercier mon conjoint Yoann pour son soutien indéfectible, sa patience et son amour.

Merci à mes parents Gilles et Sylvie et à ma soeur Noémie, d'avoir toujours été là pour moi, de m'avoir appris à ne jamais baisser les bras et de croire que tout est possible.

Merci aux Michels, je suis très heureuse d'avoir un groupe d'amis composé de personnalités si différentes, si joyeuses, si présentes malgré les distances. Notre vie ne fait que commencer, profitons-en!

Table des matières

RESUME	4
ABSTRACT	5
I - INTRODUCTION.....	6
II - METHODES	11
III - RESULTATS.....	14
1- Population étudiée	14
2 - Evaluation à 1 an du SCORE.....	15
3 - Evolution à 1 an de l'état fonctionnel et clinique des patients	16
4 - Analyse des facteurs de risque et des mesures hygiéno-diététiques.....	17
5 - Analyse de la prise en charge du médecin généraliste et du cardiologue.....	19
IV - DISCUSSION.....	20
1 - Critère de jugement principal	20
2 - Critères de jugement secondaire.....	20
3 - Limites de l'étude	27
V - CONCLUSION.....	28
VI - Références	30
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	32
ANNEXES	33
Calcul du risque cardiovasculaire à 10 ans : SCORE.....	33
Questionnaire d'activités physiques (d'après Ricci et Gagnon).....	34
Echelle HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale	36

INTERÊT DU COACHING TELEPHONIQUE DANS LA PREVENTION SECONDAIRE DE LA MALADIE CORONARIENNE, 1 AN APRÈS UNE RÉADAPTATION

RESUME

CONTEXTE Les maladies cardiovasculaires sont la cause la plus fréquente de décès dans le monde. C'est l'observance à long terme des mesures de prévention qui va déterminer en partie l'évolution de la maladie coronarienne. Mais les facteurs de risque cardiovasculaire chez ces patients sont partiellement contrôlés pour une partie d'entre eux.

OBJECTIF Evaluer l'intérêt du coaching téléphonique dans la prévention secondaire chez les patients coronariens à 1 an d'une réadaptation cardiaque, par l'analyse du risque de décès à 10 ans calculé à partir du SCORE puis secondairement par l'analyse de la qualité de vie, les facteurs de risques cardio-vasculaires et les mesures hygiéno-diététiques des patients.

METHODES Etude des pratiques professionnelles, descriptive et comparative entre 2 groupes de patients coronariens, conduite de manière non consécutive de novembre 2016 à avril 2017. Un groupe a été suivi par téléphone par une IDE d'éducation thérapeutique à 1, 3 et 6 mois après leur séjour en réadaptation cardiaque et un autre groupe n'a pas eu de suivi après leur hospitalisation. Les patients étaient interrogés 1 an après leur séjour en rééducation cardiaque par un questionnaire téléphonique.

RESULTATS Aucune différence sur le SCORE n'a été mise en évidence à 12 mois entre les 2 groupes. Cependant, le LDL cholestérol a été significativement mieux contrôlé chez les patients du groupe suivis par une IDE (0,70g/l vs 0,98g/l, $p=0,04$). Pour les autres critères secondaires il n'y a pas eu de différence significative entre les 2 groupes.

CONCLUSION Au total, après un infarctus du myocarde, le bénéfice sur le risque de décès à 10 ans (selon SCORE) d'un coaching téléphonique par une IDE d'éducation n'a pas été démontré. Cependant, ce suivi renforcé améliore le taux de LDL cholestérol et aurait tendance à améliorer l'observance des patients.

INTEREST OF TELEPHONE COACHING IN THE SECONDARY PREVENTION OF CORONARY DISEASE, 1 YEAR AFTER REHABILITATION

ABSTRACT

BACKGROUND Cardiovascular disease is the most common cause of death in the world. Long-term compliance to prevention measures will partly determine the evolution of coronary heart disease. But cardiovascular risk factors in these patients are partially controlled for most of them.

AIMS To evaluate the interest of telephone coaching in secondary prevention in coronary patients at 1 year of cardiac rehabilitation, by analyzing the risk of death at 10 years calculated from the SCORE and secondarily by the analysis of the quality cardiovascular risk factors and the dietary and hygiene measures of patients.

METHODS Study of professional practices, descriptive and comparative between 2 groups of coronary patients, conducted in a non-consecutive way from November 2016 to April 2017. A group was followed by telephone by a therapeutic education nurse at 1, 3 and 6 months later their stay in cardiac rehabilitation and another group had no follow-up after their hospitalization. Patients were interviewed 1 year after their stay in cardiac re-education by a telephone questionnaire.

RESULTS No difference on the SCORE was demonstrated at 12 months between the 2 groups. However, LDL cholesterol was significantly better controlled in patients in the group followed by nurse (0.70g / l vs 0.98g / l, $p = 0.04$). For the other secondary criteria, there was no significant difference between the 2 groups.

CONCLUSION In total, after a myocardial infarction, the benefit on the risk of death at 10 years (according to SCORE) of a telephone coaching by an education IDE has not been demonstrated. However, this enhanced monitoring improves LDL cholesterol levels and would tend to improve patient compliance.

I - INTRODUCTION

Les maladies cardiovasculaires sont la cause la plus fréquente de décès dans le monde. Les programmes de réadaptation cardiaque sont proposés aux patients après des événements cardiaques pour favoriser la récupération et prévenir de nouvelles atteintes cardiaques (1, 2).

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

Ces objectifs sont la surveillance et les soins post-infarctus, la prévention secondaire contre les facteurs de risques de récurrence de la maladie athéromateuse passant par l’éducation des patients sur l’observance médicamenteuse et le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires, le reconditionnement à l’effort et l’aide à la réinsertion sociale et professionnelle.

En France, la réadaptation cardiaque est classiquement divisée en 3 phases (1) :

– La phase 1 ou phase hospitalière après l’événement coronarien ou la chirurgie, dont la durée ne cesse de diminuer, limite ainsi les complications du décubitus prolongé. La kinésithérapie propose des exercices de gymnastique douce des membres, des exercices respiratoires, afin d’amener le patient à s’asseoir puis à quitter son lit.

– La phase 2, ou phase post-hospitalière immédiate, dite phase de convalescence active durant 3 à 6 semaines, s’effectue en Unité de réadaptation cardiovasculaire, en hospitalisation complète ou en ambulatoire. C’est la période de rééducation active sous surveillance médicale et d’éducation comportementale vis-à-vis du tabac, de l’alimentation, du stress, de la sédentarité. Le patient a une prise en charge pluri-disciplinaire (cardiologue, tabacologue, kinésithérapeute, infirmière d’éducation, diététicienne, psychologue, médecin du travail, pharmacien), afin de modifier son comportement. La prise en charge se déroule sous forme soit de réunions de groupe, soit d’entretiens individuels. Il s’agit de convaincre le patient de devenir acteur de sa propre santé.

– La phase 3 ou phase de maintenance, débute avec la reprise d'une vie active par le patient : cette phase dont le suivi est assuré par le médecin traitant et le cardiologue du patient est déterminante pour l'évolution ultérieure de la maladie, car largement conditionnée par la mise en pratique des conseils donnés lors des phases précédentes (arrêt du tabac, suivre les règles de l'alimentation équilibrée, contrôler les facteurs de risque : obésité, dyslipidémie, diabète, observance du traitement, activité physique régulière). Cette phase est appelée à se poursuivre durant la vie du patient.

Au final, la rééducation cardiaque a montré les preuves de son efficacité dans la prévention secondaire de la maladie coronarienne, aussi bien après un syndrome coronarien aigu, qu'une chirurgie coronarienne (3). Elle permet de diminuer la mortalité cardiaque de 26% et la mortalité globale de 20% (2).

Les objectifs post-infarctus pour réduire la morbi-mortalité de la maladie coronarienne sont clairement définis (4) :

- Avoir un suivi régulier après la sortie d'hospitalisation (consultation chez le médecin traitant environ tous les 3 mois et chez le cardiologue une fois par an).
- Réduire les facteurs de risque cardio-vasculaires :
 - Tension artérielle systolique < 140mmHg et/ou diastolique < 90mmHg sans diabète et avec diabète < 140/80mmHg.
 - Arrêt du tabac
 - LDL-c < 0,7g/l, HDL-c > 0,4g/l chez l'homme et 0,5g/l chez la femme
 - HbA1c < 6,5%, glycémie < 7mmol/l
 - IMC < 25kg/m²
- Faire de l'exercice adapté régulièrement : au minimum 30min de marche par jour
- Avoir un régime alimentaire équilibré (consommer 5 fruits et légumes par jour, 1 part de féculent par repas, 3 laitages par jour, 1 à 2 parts de protéines par jour, limiter la consommation de matières grasses d'origine animale au profit de matières grasses végétales, limi-

ter la consommation de produits sucrés, limiter la consommation d'alcool max 3 verres de vins par jour pour l'homme et 2 verres de vins par jour pour la femme).

- Bien suivre le traitement médicamenteux BASI (Betabloquant, Anti-agrégant plaquettaire, Statine, Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion (IEC) ou Antagoniste des Récepteur de l'Angiotensine 2 (ARA2)).

C'est l'observance à long terme des mesures de prévention qui va déterminer en partie l'évolution de la maladie coronarienne. En effet, il a été montré que mener un mode de vie sain réduit le risque d'événements cardiovasculaires récurrents chez les patients coronariens et améliore la qualité de vie et la longévité (5). Mais une partie des patients coronariens n'atteigne pas ces objectifs ou que partiellement, le contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaires est insuffisant.

Il a été montré que les patients ayant suivi un programme d'éducation thérapeutique prolongé et personnalisé ont à 4 ans de suivi présentent 2 fois moins d'événements cardio-vasculaires (complications et décès) et 2 fois moins d'hospitalisations (6).

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) correspond à la mise en place d'un programme personnalisé afin de permettre au patient d'acquérir des compétences en tenant compte de son expérience et de sa gestion de la maladie. Un programme structuré d'ETP est un cadre de référence pour d'une éducation thérapeutique personnalisée, il est spécifique d'une maladie chronique ou peut concerner des situations polyopathologiques. Il définit dans un contexte donné qui fait quoi, pour qui, où, quand, comment et pourquoi mettre en oeuvre et évaluer une ETP. L'ETP se déroule en plusieurs étapes (7) :

- La première étape est d'élaborer un diagnostic éducatif. Lors d'un entretien individuel, le professionnel de santé (infirmière ou médecin), prend connaissance du patient et identifie les besoins et les attentes de celui-ci (connaissances du patient de sa maladie, ressources et savoir faire du patient : prise de traitement / observance, comment se nourrit-il?, facteurs socio-environnementaux : catégorie sociale, âge, niveau de vie et style de vie, événement stressant, caractéristiques socioculturelles, difficultés d'apprentissage). Il aide le patient à formuler les compétences à acquérir ou à mobiliser et à maintenir tout en tenant compte des priori-

tés du patient. L'entretien permet également d'identifier la réceptivité du patient à la proposition d'une ETP.

- La deuxième étape est de définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage, en fonction des compétences à acquérir par le patient pour atteindre les objectifs recommandés.
- La troisième étape est de planifier et de mettre en oeuvre les séances d'ETP collectives (séances collectives animées par un professionnel de santé avec un groupe au minimum de 3 personnes et maximum de 10 personnes, qui ont toutes des objectifs similaires, permettant un partage d'expérience et une transmission des savoirs d'expérience) et/ou individuelles (convient aux personnes qui ont des difficultés à se trouver en groupe et permet une meilleure adaptation à la réalité de vie du patient, entretien motivationnel).
- La quatrième étape est de réaliser une évaluation individuelle de l'ETP. Les objectifs sont de mettre en valeur les transformations intervenues chez le patient, actualiser le diagnostic éducatif, partager des informations et organiser une concertation avec les professionnels impliqués dans la prise en charge et proposer au patient une nouvelle offre d'éducation thérapeutique.

Dans le service de réadaptation cardiaque du CHU de Grenoble, depuis novembre 2015, a été mise en place une infirmière (IDE) d'éducation thérapeutique chargée de réaliser un bilan d'éducation personnalisé (BEP), dans le but de permettre au patient d'atteindre les recommandations en changeant durablement son mode de vie. Elle s'occupe d'une partie des patients d'un des 2 services et elle les rappelle à 1, 3 et 6 mois, lors d'entretien téléphonique de 15 à 45 minutes, pour faire le bilan sur les différents objectifs à atteindre et leur réalisation, et les recadrer, les motiver si les objectifs ne sont pas encore atteints ou à faire des entretiens motivationnels pour maintenir les mesures mises en place. La démarche se place dans un souci de bénéfice pour le patient en réaffirmant le message de prévention et en lui proposant des solutions dans un contexte de complémentarité et d'interaction avec les médecins traitants et cardiologues libéraux.

Ainsi à 1 an de la mise en place de ce poste d'IDE d'éducation thérapeutique, une évaluation des pratiques professionnelles se pose. La mise en place du bilan éducatif personnalisé et le suivi par téléphone ont-ils un impact dans la prévention secondaire de la maladie coronarienne chez des patients en post-infarctus?

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer le risque de décès à 10 ans calculé à partir du score européen SCORE. Les objectifs secondaires sont d'analyser la qualité de vie, les facteurs de risques cardio-vasculaires et les mesures hygiéno-diététiques chez des patients coronariens, 1 an après la fin du séjour de réadaptation en comparant 2 groupes de patient, l'un suivi par une IDE d'éducation thérapeutique (programme de rééducation cardiaque, BEP et suivi téléphonique à 1, 3 et 6 mois) et l'autre ayant eu un programme de rééducation cardiaque traditionnel.

II - METHODES

Nous avons réalisé une étude des pratiques professionnelles, descriptive et comparative entre 2 groupes de patients conduite de manière non consécutive de novembre 2016 à avril 2017. Les patients étaient interrogés 1 an après leur séjour en rééducation cardiaque par un questionnaire téléphonique.

Les patients ont été recrutés rétrospectivement 1 an après la fin de leur programme de réadaptation cardiaque sur dossier médical. Ils devaient répondre aux critères d'inclusion suivant :

- patient(e) d'âge inférieur ou égal à 75 ans.
- ayant une maladie coronarienne

Les patients sont divisés en 2 groupes :

- 1) Le premier groupe est constitué des patients suivis par une IDE d'éducation thérapeutique qui ont eu un bilan téléphonique à 1, 3 et 6 mois, et qui ont initialement reçu un programme de rééducation cardiaque traditionnel dans le service ICARE de réadaptation cardiaque du CHU de Grenoble.
- 2) Le deuxième groupe est constitué de patients ayant reçu un programme de rééducation cardiaque traditionnel dans le service NEPTUNE de réadaptation cardiaque du CHU de Grenoble.

A l'issue, du recrutement, les patients éligibles étaient contactés par téléphone afin de leur expliquer l'étude et de leur soumettre le questionnaire.

Le recueil de données à 1 an se faisait de manière prospective par entretien téléphonique qui durait environ 30 minutes.

Les données recueillies sont :

- Le type d'événement cardiaque ayant amené à l'hospitalisation initiale
- L'âge, le sexe
- L'apparition d'un nouvel événement cardiaque dans l'année écoulée

- La reprise du travail et son délai depuis la sortie d'hospitalisation
- Les facteurs de risques cardio-vasculaires : l'IMC, cholestérol total, LDL, HDL, la glycémie à jeun et éventuellement l'HbA1c si concerné, la tension artérielle, la consommation de tabac
- Le traitement médicamenteux
- La pratique d'une activité physique évaluée par le test de Ricci et Gagnon
- Un questionnaire diététique selon les recommandations du programme national nutrition et santé.
- L'évaluation de la dépression et de l'anxiété selon le questionnaire HAD
- Les conseils donnés par le médecin traitant notamment sur le tabac, l'activité physique et l'alimentation, le nombre de consultation en 1 an, la modification du traitement
- L'observance médicamenteuse

Une partie des informations recueillies permettra d'évaluer le critère de jugement principal qui est le SCORE. Le SCORE est donc un tableau utilisé pour calculer le risque de mortalité cardiovasculaire à 10 ans en fonction des 5 facteurs de risque cardiovasculaire classiques (sexe, âge, habitude tabagique, pression artérielle systolique et taux de cholestérol total).

Si les patients ne pouvaient nous communiquer leur résultat biologique à 1 an, nous contactons le laboratoire dans lequel ils avaient réalisés leur prélèvement, pour obtenir les résultats.

30 patients ont été éligibles à la participation à l'étude. Au final 4 d'entre eux ont été considérés comme perdus de vue car soit les coordonnées recueillies à l'hôpital étaient erronées, soit ils ne répondaient pas au téléphone.

Donc 26 patients ont été inclus dans l'étude et ont accepté de participer à l'étude. Ils recevaient l'information qu'ils pouvaient à tout moment ne pas répondre aux questions posées et que les données allaient être anonymisées.

Demande à la CNIL faite et étude acceptée.

Les variables ont été décrites par un indicateur de tendance centrale (moyenne ou proportion). Les données à 1 an de la rééducation ont été comparées par le test du Chi² de Mac Nemar pour séries appariées, ou par le test de Student pour séries appariées pour les variables quanti-

tatives. Le seuil de signification retenu était de 5%. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide des logiciels StatView® 5.0 et Microsoft® Excel.

III - RESULTATS

1- Population étudiée

Durant la période de l'étude, sur un total de 30 patients coronariens éligibles, 4 patients n'ont pas pu être contactés. Au total, nous avons été en contact avec 26 patients à 1 an après leur hospitalisation en service de rééducation cardiaque de l'hôpital Sud de Grenoble.

Les patients étaient en âgés en moyenne de 56 ans (écart-type : 10,9) dans le groupe de patients suivi par l'IDE d'éducation et de 59,8 ans (écart-type : 7,3) dans le groupe de patients ayant reçu une réhabilitation cardiaque traditionnelle seule. La population entre chaque groupe avait des caractéristiques quasiment semblables, avec une majorité de patients de sexe masculin (12 (80%) pour le groupe suivi par l'IDE contre 11 (73,3%) pour le groupe témoin). Le traitement de la pathologie cardiaque précédant l'entrée en réadaptation cardiaque était 12 angioplasties (80%) pour le groupe suivi par l'IDE, contre 10 (66,7%) dans le groupe témoin, et 3 pontages aorte-coronariens (20%) pour le groupe suivi par l'IDE, contre 4 (26,7%) dans le groupe témoin. Aucune pathologie coronarienne n'a été traitée médicalement dans le groupe suivi par l'IDE, contre 1 (6,6%) dans le groupe témoin. Les facteurs de risque cardiovasculaire recueillis sont présentés par ordre décroissant de fréquence dans le tableau I.

	Avec IDE n=15 (%)	Sans IDE n=15 (%)	P-value
Age (ans), m (et)*	56 (10,9)	59.8 (7,3)	0,27
Sexe masculin	12 (80)	11 (73.3)	0,99
Pathologies			0,33
SCA ST +	8 (53.3)	7 (46.7)	
SCA ST -	3 (20)	2 (13.3)	
Angor instable	2 (13.3)	6 (40)	
Angor stable	2 (13.3)	0 (0)	

Traitement			0,68
Angioplastie	12 (80)	10 (66,7)	
Pontages aorto-coronariens	3 (20)	4 (26,7)	
Traitement médical	0 (0)	1 (6,6)	
Facteurs de risque cardiovasculaire			
Anxiété	9 (56,2)	7 (46,7)	0,46
Tabagisme	8 (53,3)	7 (46,7)	0,71
Hypertension artérielle	6 (40)	4 (26,7)	0,69
Dyslipidémie	4 (26,7)	5 (33,3)	0,99
Diabète de type 2	2 (13,3)	5 (33,3)	0,38
*m (et) : moyenne (écart-type)			

2 - Evaluation à 1 an du SCORE

Dans les suites récentes d'une pathologie coronarienne, un suivi par une IDE d'éducation thérapeutique n'a pas montré de différence significative, en terme de modification du risque de décès à 10 ans, comparé au programme habituel de réadaptation cardiaque. Le taux était de 3,2% pour le groupe de patients suivi par une IDE et de 3,5% pour le groupe témoin (-0,3 - p = 0,77).

Tableau II - SCORE à 1 an de la réadaptation cardiaque				
	Avec IDE (n=13)	Sans IDE (n=13)	Ecart type	P value
SCORE %	3.2 (3,1)	3.5 (1,9)	-0.3	0.77

3 - Evolution à 1 an de l'état fonctionnel et clinique des patients

Depuis la sortie de réadaptation cardiaque, dans le groupe suivi par une IDE, 1 patient (7,7%) avait eu un épisode d'angor instable ayant nécessité une procédure de revascularisation par angioplastie coronaire, alors que dans le groupe témoin 1 patient était décédé des suites d'une hémorragie (accident des anticoagulants) et 1 patient avait eu un épisode d'angor instable ayant nécessité une procédure de revascularisation par angioplastie coronaire (15,4%) ($p = 0,54$). Il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes concernant la survenue d'un nouvel événement cardiaque dans l'année suivant la rééducation cardiaque.

Concernant la reprise du travail, dans le groupe suivi par une IDE, 3 patients (30%) sur 10 actifs n'avaient pas repris leur activité, contre 4 patients (66,7%) sur 6 dans le groupe témoin ($p = 0,21$). Les autres patients étaient à la retraite.

	Avec IDE (n=13)	Sans IDE (n=12)	Ecart type	P value
Reprise du travail				0,21
oui	7	2		
non	3	4		
retraité	3	6		

Les traitements médicamenteux ne différaient pas significativement entre les 2 groupes. On constate que les patients étaient plus nombreux à prendre le traitement de référence complet (BASI) dans le groupe suivi par une IDE que dans l'autre groupe.

Tableau IV - Traitement médicamenteux (BASI) à 1 an de la réadaptation cardiaque

	Avec IDE n (%)	Sans IDE n (%)	P value
Traitement			
Anti-agrégant plaquettaire	13 (100)	12 (100)	1
Betabloquant	12 (92.3)	11 (91.6)	0.99
IEC/ARA2	12 (92.3)	9 (75)	0.32
Statines	13 (100)	10 (83.3)	0.22

4 - Analyse des facteurs de risque et des mesures hygiéno-diététiques

Les moyennes des données cliniques concernant les facteurs de risque cardio-vasculaires sont représentées dans le tableau V. On note une différence significative dans les résultats de LDL-cholestérol, entre le groupe suivi par une IDE et le groupe témoin. Il était nettement meilleur dans le premier groupe (0,7 (0,15) vs 0,98 (0,43); e-t -0,28 (p=0,04)), atteignant l'objectif cible de LDL < ou = à 0,7g/l. Le HDL-cholestérol était significativement plus élevée dans le groupe témoin, tout en étant au dessus des normes attendues > ou = 0,4g/l. (0,41 (0,11) vs 0,53 (0,15); e-t -0,12 (p=0,03)).

Tableau V - Facteurs de risque cardiovasculaire à 1 an de la rééducation cardiaque

	Avec IDE (n=13)	Sans IDE (n=12)	Ecart type	P value
IMC (kg/m²)	28.3 (4,9)	25.8 (3,6)	2.5	0.15
Poids (kg)	83,7 (14,6)	72 (13)	11,7	0,05
Tabac (oui)	2	3	1	0.55
Tension artérielle systolique (mmHg)	126 (10,7)	122 (11,2)	4	0.41
Tension artérielle diastolique (mmHg)	74 (5)	69 (6,1)	5	0.03
LDL (g/l)	0.70 (0,15)	0.98 (0,43)	-0.28	0.04
HDL (g/l)	0.41 (0,11)	0.53 (0,15)	-0.12	0.03
Glycémie à jeun (g/l)	1.03 (0,28)	1.04 (0,15)	-0.1	0.99

Dans le groupe de patients suivi par une IDE, 2 patients sur 8 (25%) fumaient toujours 1 an après la réadaptation cardiaque contre 3 patients sur 7 (42,9%) dans le groupe témoin, sans qu'il n'y ait de différence significative entre les 2 groupes.

Concernant les activités physiques, les patients des 2 groupes déclaraient faire davantage de sport depuis l'événement coronarien et la réadaptation. Il n'y avait pas de différence entre les 2 groupes.

L'analyse du questionnaire alimentaire ne montrait pas de différence selon que les patients aient ou non eu un suivi par une IDE d'éducation. Aucun groupe ne respecte complètement les recommandations diététiques du PNNS (Programme National Nutrition Santé)

L'analyse de l'anxiété et du stress par questionnaire HAD, ne montrait pas de différence significative entre les 2 groupes qu'il soit ou non suivi par une IDE d'éducation. 1 patient dans chaque groupe prenait de façon régulière des anxiolytiques. 2 patients suivis par l'IDE prenaient des antidépresseurs, contre aucun dans le groupe témoin. 1 patient dans le groupe suivi par l'IDE avait arrêté l'antidépresseur initié lors de la réadaptation cardiaque, contre 2 dans le groupe témoin.

Tableau VI - Mesures hygiéno-diététiques à 1 an de la réadaptation cardiaque

	Avec IDE (n=13)	Sans IDE (n=12)	Ecart type	P value
Alimentation				
Fruits et légumes (5/j)	7(53.8)	10(58.8)		0.20
Féculents (chaque repas)	11(84.6)	9(75)		0.64
Laitages (3/j)	5(62.5)	3(37.5)		0.67
Protéines (1-2/j)	13(100)	9(75)		0.09
Limitation graisses	9(69.2)	9(75)		0.99
Limitation sucres	9(69.2)	7(58.3)		0.69
Alcool	3(23.1)	1(8.3)		0.59
HAD anxiété	4.4 (2,78)	5.3 (4,89)	-0.9	0.58
HAD dépression	2.6 (2,36)	2.9 (4,17)	-0.3	0.82
Activités physiques (test de Ricci et Gagnon)	26.5 (6,69)	26.5 (6,16)	0	0.99

5 - Analyse de la prise en charge du médecin généraliste et du cardiologue

Concernant le suivi par le cardiologue après l'événement coronarien, les patients de chaque groupe l'avaient consulté au moins 2 fois dans l'année, et respectait globalement les recommandations.

Le suivi par le médecin généraliste était en moyenne de 3,8 consultations dans l'année pour les patients du groupe suivi par une IDE et de 6,7 consultations pour les patients du groupe témoin.

L'éducation des mesures hygiéno-diététiques par le médecin généraliste était limitée dans les 2 groupes. Dans l'ensemble des 2 groupes, 24% des patients ont reçu des conseils sur l'alimentation (soit 11 patients sur 25), 15,4% des patients tabagiques ou récemment sevrés ont reçu des conseils sur le sevrage tabagique (soit 2 patients sur 13) et 44% des patients ont reçu des conseils sur l'activité physique (soit 6 patients sur 25). Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes sur les conseils prodigués par le médecin généraliste.

Tableau VII - Prise en charge par le cardiologue et le médecin généraliste 1 an après la réadaptation cardiaque

	Avec IDE (n=13)	Sans IDE (n=12)	Ecart type	P value
consultation cardiologique	2.5 (0,6)	2.3 (1,07)	0.2	0.73
consultation medecin généraliste	3.8 (1,2)	6.7 (8,07)	-2.9	0.23
Conseils alimentation	2 (15.4)	4 (33.3)	-2	0.38
Conseils activités physiques	6 (46.2)	5 (41.7)	1	0.99
	Avec IDE (n=7)	Sans IDE (n=6)	Ecart type	P value
Conseils sevrage tabac	0 (0)	2 (33.3)	-2	0.19

IV - DISCUSSION

1 - Critère de jugement principal

Notre étude montre qu'il n'y a pas de différence sur le SCORE (pas de réduction du risque cardio-vasculaire) entre les patients suivis téléphoniquement par une IDE d'éducation thérapeutique après une réadaptation cardiaque et les patients ayant suivi le programme de réadaptation cardiaque habituel seul. Ces résultats sont en accord avec ceux de l'étude OPTICARE (8).

- La revue de littérature effectuée par Cochrane (9) menée en 2017, sur l'éducation dans la prise en charge de la maladie coronarienne (76864 patients randomisés) montre que l'éducation des patients dans le cadre d'un programme de réadaptation cardiaque, ne contribue pas à moins de décès, d'autres crises cardiaques, de pontage aorte-coronariens ou d'angioplastie et d'hospitalisation.

2 - Critères de jugement secondaire

Les patients suivis par une IDE d'éducation thérapeutique ont une cholestérolémie, et notamment le LDL-cholestérol mieux contrôlée que les patients n'ayant pas de suivi après la réadaptation cardiaque. Ces résultats confirment ceux d'études précédemment réalisées :

- L'étude OPTICARE (8) de 2013 menée aux Pays-Bas, regroupait près d'un millier de patients atteints d'un SCA qui ont été assignés au hasard dans 3 programmes de réadaptation cardio-vasculaire, dont 2 programmes de réadaptation prolongée de 1 an. Les patients ayant reçu un programme de réadaptation cardiaque prolongée avaient une cholestérolémie totale significativement mieux contrôlés que les patients ayant suivi un programme de réadaptation cardio-vasculaire habituel (1,51g/l vs 1,66g/l $p < 0,001$).
- L'étude COACH (10) de 2003 menée en Australie, regroupait 792 patients présentant une maladie coronarienne dont 398 étaient assignés au programme COACH (programme de coaching par téléphone et mail après une prise en charge hospitalière) et 394 à la prise en charge habituelle. Les patients ayant bénéficié du programme COACH avaient une baisse significative du taux de cholestérol total à 6 mois de 0,21g/l (Indice de confiance à 95%, 0,16-0,25g/l) contre une baisse de 0,7g/l (Indice de confiance à 95%, 0,3-1,1g/l) chez les patients ayant bénéficié de la prise en charge habituelle ($p < 0,0001$). On retrouve une baisse également significative du taux de LDL-cholestérol à 6 mois chez les patients du

groupe COACH de 0,21g/l (IC à 95%, 0,17-0,25g/l) contre 0,08g/l (IC à 95%, 0,04-0,12g/l) chez le patients du groupe témoin ($p < 0,0001$).

1 an après une réadaptation cardiaque, les résultats de notre étude montrent que les objectifs de contrôle des facteurs de risque et d'adoption des mesures hygiéno-diététiques chez le patient coronarien sont partiellement atteints, qu'il soit suivi ou non par une IDE d'éducation thérapeutique.

Les patients suivis par notre IDE étaient moins nombreux à fumer (25% de tabagisme persistant vs 42,9% dans le groupe ayant eu une réadaptation cardiaque habituelle). Ces résultats sont plus bas que ceux relevés dans l'étude EUROASPIRE IV (11) (48,6% de tabagisme persistant à 6mois de la réadaptation cardiaque), et dans la méta-analyse d'études de cohorte sur l'effet du tabac dans la mortalité due à la maladie coronarienne, dans laquelle environ 50% des patients continuent à consommer du tabac, alors que l'arrêt du tabac réduit le risque de mortalité due à la une maladie coronarienne de 46%.(12). Mais, ces résultats sont plus élevés que ceux relevés dans l'étude OPTICARE (8), qui montrait que les patients du programme prolongée n'étaient que de 13,4% de fumeurs encore actifs vs 21,3% pour les patients du programme habituel ($p < 0,0001$).

Notre étude n'a pas montré de différence significative entre les 2 groupes à propos de la tension artérielle, critère difficilement analysable car données déclaratives subjectives du patient, et de la glycémie capillaire.

Les patients de chaque groupe étaient majoritairement sensibilisés à la pratique d'activités physiques et la nécessité de la mise en pratique d'un régime alimentaire équilibré. Les patients du groupe suivi par une IDE d'éducation thérapeutique était moins anxieux et dépressif que les patients du groupe au programme conventionnel, sans différence significative pour autant. L'étude OPTICARE (8) montre que les patients ayant reçu un programme de réadaptation cardiaque prolongé avaient une meilleure qualité de vie et étaient moins anxieux que ceux du programme habituel.

- L'étude COACH (10) montre une réduction significative de l'IMC, de la consommation de graisse totale et saturée et du niveau d'anxiété chez les patients participant au programme COACH que les patients ayant la prise en charge habituelle.

- L'étude 'HARTCOACH' (13) menée en 2015 aux Pays Bas, regroupait 374 patients coronariens dont 173 ont été randomisés dans le groupe 'Hartcoach' (intervention téléphonique) en complément de la prise en charge habituelle et 201 ont été randomisés dans la prise en charge habituelle. Après 6 mois de participation, les patients dans le groupe 'Hartcoach' avaient réduit de façon modeste leur IMC et leur anxiété, avaient augmenté leur activité physique, consommaient plus de légumes et se géraient mieux tout seul (meilleure auto-gestion).
- La revue de littérature effectuée par Cochrane (9) sur l'éducation dans la prise en charge de la maladie coronarienne suggère qu'il existe des preuves que les interventions basées sur l'éducation pourraient améliorer la qualité de vie.

L'analyse de la prescription du traitement médicamenteux BASI montre que tous les patients du groupe suivi par une IDE d'éducation thérapeutique ont un anti-agrégant plaquettaire et une statine dans leur traitement, 92,3% un beta-bloquant et 92,3% un inhibiteur de l'enzyme de conversion ou un antagoniste de l'angiotensine II. Ces résultats sont plus élevés que ceux du groupe de patients ayant eu une réadaptation cardiaque habituelle ainsi que ceux relevés dans l'étude EUROASPIRE IV (11).

L'observance du traitement médicamenteux a été évaluée lors de notre étude et les données déclarées par les patients montraient qu'il n'oubliaient pas leur traitement aussi bien dans le groupe suivi par l'IDE d'éducation thérapeutique que dans le groupe ayant eu une réadaptation cardiaque habituelle. Ces données peuvent probablement être remises en cause car basées sur une évaluation subjective des patients.

Tableau VIII - comparaison de la prescription du traitement médicamenteux BASI

	Avec IDE %	Sans IDE %	EUROASPIRE IV %
Traitement			
Anti-agrégant plaquettaire	100	100	93,8
Betabloquant	92.3	91.6	75,1
IEC/ARA2	92.3	75	82,6
Statines	100	83.3	85,7

Notre étude montre de façon non significative la faible part d'éducation thérapeutique dispensée par les médecins généralistes, l'année suivant la réadaptation cardiaque. Les patients rapportent peu voire pas de conseils prodigués par leur médecin traitant concernant l'alimentation, les activités physiques et le sevrage tabagique. Dans notre étude, cela est peut-être lié au fait que les patients aient séjourné en réadaptation cardiaque et qu'il aient déjà eu les conseils pour les aider à changer leur mode de vie. Selon une étude de l'INPES (14), les médecins se sentent efficaces (*très* ou *assez*) pour aider leurs patients à changer de comportement (65,8% pour l'alimentation, 63,5% pour l'activité physique et 50,4% pour le sevrage tabagique). Il y a donc un écart entre la perception des patients par les médecins et les attentes des patients. En effet, certains généralistes expriment certaines réserves sur les capacités de réception des patients à l'éducation thérapeutique alors que les patients attendraient une attitude active et des conseils de prévention. Les freins à la prévention et l'éducation pour la santé seraient liés à une résistance du patient à changer de comportement, un manque de temps consacré à l'éducation lors de la consultation, un manque de formation du médecin et une limite implicite dans la relation médecin-patient ne permettant pas au généraliste d'aborder ce thème (14, 15). Les médecins généralistes sont plus compétents quand il s'agit de donner des connaissances médicales et techniques au patient pour gérer sa maladie que pour aborder les habitudes de vie du patient lors des consultations.

L'atteinte de tous les objectifs recommandés après un infarctus du myocarde est difficile et souvent peu réalisée. Afin de parvenir à des modes de vie plus sains, à une gestion des facteurs de risque plus efficaces et à l'observance médicamenteuse, les patients ont besoin de programmes de prévention et de réadaptation. Malheureusement, l'accès à la rééducation cardiaque est limité (moins de la moitié des patients coronariens a assisté à un programme de prévention cardiaque ou de rééducation).

Notre étude propose une nouvelle aide, résidant dans le suivi par une IDE d'éducation thérapeutique dans la prévention secondaire chez le patient coronarien. Celle-ci peut aider à décupabiliser et à améliorer l'adhésion au changement de mode de vie du patient. Les patients qu'elle suivait ont un résultat de LDL-cholestérol plus bas avec probablement une meilleure adhésion au traitement médicamenteux et fument moins. Elle représente un « outil » à utiliser pour favoriser l'observance du traitement prescrit, qui ne conviendra pas à tous les patients,

surtout dans le cadre d'une maladie chronique comme la maladie coronarienne, car de façon sous-jacente se pose la question de la volonté du changement de comportement et de mode de vie du patient (balance entre le principe de raison et le principe d'évitement du déplaisir).

La mise en place d'un suivi par une IDE d'éducation thérapeutique pourrait représenter un bénéfice économique comparé au coût d'une récurrence d'un infarctus du myocarde. Concernant les pathologies cardiaques, les études montrent que les programmes d'éducation thérapeutique entraînent une réduction importante du risque de réhospitalisation, se traduisant par une réduction significative des coûts hospitaliers (16). Ce programme de suivi par une IDE d'éducation thérapeutique pourrait être accessible aux patients contre rémunération (tarification à l'acte ou forfait), comme pour le « Club coeur et santé » qui propose des activités physiques adaptées et encadrées au patient coronarien contre une participation modeste, avec un bénéfice coût-efficacité intéressant.

Les résultats de cette étude sur le cholestérol amènent à se demander comment améliorer l'observance et la prescription des statines dans la prévention secondaire des maladies cardiovasculaires, afin d'atteindre l'objectif d'un LDL-c < 0,7g/l. En effet plusieurs patients de l'étude n'avaient pas de statine prescrite sur leur ordonnance malgré l'indication formelle dans ce contexte de prévention secondaire, de nombreuses études ont montré la baisse de la morbi-mortalité liée à la prise de ce traitement après un infarctus du myocarde (17). Une des possibles causes à l'inobservance ou l'arrêt de ce traitement serait l'impact des médias. Ces dernières années ont été ponctuées de publications négatives envers les statines qui ont été diffusées très largement en France et en Europe par les médias nationaux et internationaux. Des études montrent que ces publications ont probablement eu comme effet une augmentation de l'incidence d'arrêt des statines par les patients notamment en prévention secondaire et une augmentation du taux de mortalité associé (18, 19). Les médias ont donc une influence sur la perception des maladies et des traitements, ce qui entraîne un changement du comportement et du mode de vie des personnes, allant à l'encontre des données scientifiques. Il faut alors lutter contre la désinformation et les fausses croyances des patients pour réussir à les faire adhérer au projet thérapeutique adapté à leur pathologie. Il serait intéressant d'éduquer les patients (par l'intermédiaire du médecin généraliste ou IDE d'éducation thérapeutique) à recher-

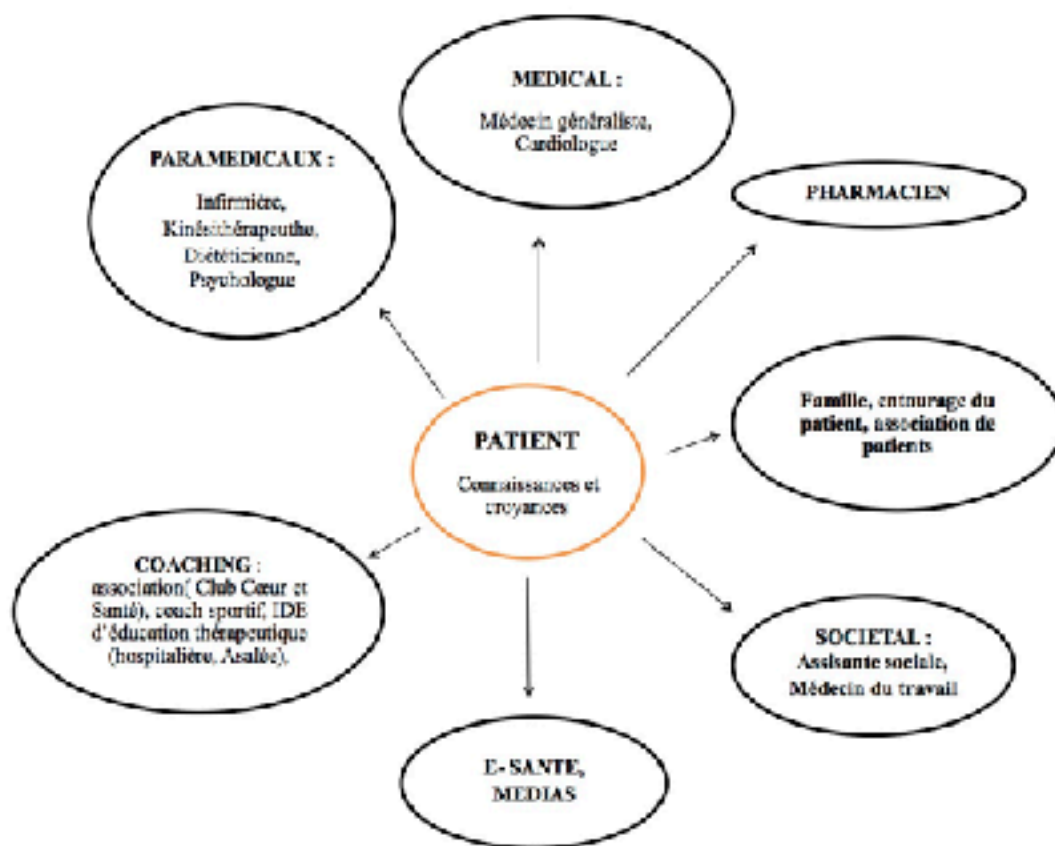
cher des informations basées sur les recommandations officielles et probablement les médias pourraient servir de support pour relayer des contenus vérifiés scientifiquement.

Quelle est alors la place de la e-santé dans l'éducation thérapeutique des patients ? Les patients ont accès facilement à l'information médicale (internet, livre, télévision, radio, applications mobiles). De nouvelles technologies voient le jour pour aider les patients à être observant et autonomes. La e-santé a vocation à contribuer à améliorer l'adhésion des patients aux conseils de prévention, d'hygiène de vie et des protocoles de soins et à faciliter le contact entre les médecins et les patients. Elle se regroupe en différentes catégories de technologies qui se sont développées au cours des dernières années : la télémédecine, la m-santé (avec notamment les applis et les objets connectés, ex : tensiomètre, balances, bracelet, montres, piluliers) et la télésanté (internet avec les services de santé en ligne et les réseaux sociaux). La santé connectée résulte d'une triple évolution : sociale (« empowerment » du patient), technologique (smartphone, capteurs, objets connectés) et politico-économique (améliorer l'efficacité des systèmes de santé). Les français webconnectés ont du mal à s'y retrouver dans la e-santé, et la moitié souhaiterait être conseillée par leur médecin sur ce sujet (20). Dans les maladies chroniques, la communication par voie téléphonique et par mail fait déjà partie des outils de la relation médecins-malades. Des interventions de santé par le biais de la e-santé ont déjà vu le jour (ex : intervention à type de SMS pour améliorer l'adhésion au traitement antiplaquettaire après implantation de stents (service de cardiologie de la Timone AP-HM / système DIABEO / télésurveillance de patients hypertendus)). Il manque encore de preuves scientifiques pour savoir si ce type d'interventions de santé est efficace. Mais, la santé connectée pourrait être une ressource de coopération efficace entre le patient et les professionnels de santé en rendant autonome le patient et en augmentant sa vigilance sur son état de santé, sa connaissance des comportements et des situations à risque. Celle-ci doit être managée par les professionnels de santé et peut être un complément utile à la pratique médicale. Un patient informé (correctement) est actif et plus facile à prendre en charge

L'éducation thérapeutique du patient porteur d'une maladie coronarienne est donc essentielle pour éviter les récurrences cardio-vasculaires et améliorer la qualité de vie. Tous les patients ne sont pas réceptifs à toutes les interventions d'éducation, ils ont le choix entre différents acteurs leur correspondant au mieux et leur permettant d'adopter un mode de vie plus sain. Les intervenants (médecin, IDE, psychologue, pharmacien, diététicien, coach...) doivent pouvoir

travailler ensemble pour que le patient adhère au mieux à son traitement et qu'il devienne plus responsable vis à vis de sa santé.

Les différents acteurs dans l'éducation thérapeutique du patient



3 - Limites de l'étude

Notre étude manque de puissance, par le faible échantillon de patients inclus. Cela s'explique par le fait que l'IDE d'éducation thérapeutique dédiée au coaching téléphonique n'a commencé ce travail qu'au mois de novembre 2015 et qu'elle travaillait à temps partiel. Celle-ci exerçait dans un seul service de l'unité de réadaptation cardio-vasculaire (soit 30 lits) et sélectionnait des patients aussi bien atteints de maladie coronarienne que d'insuffisance cardiaque. De plus, une partie des patients initialement suivis par l'IDE ont arrêté le coaching au cours de la 1ère année, réduisant le nombre de patients éligibles à notre étude et pouvant refléter une faible adhésion à un programme de prévention. Les patients du groupe témoin étaient issus de l'autre unité de rééducation cardio-vasculaire (soit 30 lits), et accueillaient moins de patients coronariens que l'autre unité. Nous avons eu des difficultés à contacter tous les patients inclus initialement, car ceux-ci n'étaient pas joignables par téléphone, ne rappelaient pas malgré les messages laissés ou ne respectaient pas la date du rendez vous téléphonique proposée.

Une des limites de notre étude réside dans la sélection des patients par l'IDE d'éducation thérapeutique. Les patients étaient initialement sélectionnés dans l'unité en fonction des facteurs de risque que ceux-ci pouvaient avoir et des enjeux futurs. En effet, les patients étaient plus jeunes, et semblaient avoir des facteurs de risque cardio-vasculaires plus nombreux, et une possible adhésion au programme de rééducation plus faible. Ces patients étaient des personnes que nous pensions devoir être accompagnés plus longtemps pour atteindre les objectifs recommandés et qui étaient plus anxieux vis à vis de leur maladie cardiaque. Cette méthode de sélection a amené au final un biais de confusion dans l'analyse des données, car les patients n'étaient pas randomisés.

La façon d'obtenir les renseignements dans nos études (directement auprès des patients), notamment la tension artérielle ou les facteurs psychosociaux ou environnementaux qui ne sont pas des critères objectifs, a pu entraîner des imprécisions ne permettant une analyse claire des données.

Il aurait fallu faire un suivi des patients sur une plus longue durée pour voir apparaître une différence significative du risque de mortalité cardiovasculaire à 10 ans, sachant que les patients mettent du temps à changer leur mode de vie et à atteindre les différents objectifs.

THESE SOUTENUE PAR : PARENT Marjorie

TITRE : INTERÊT DU COACHING TELEPHONIQUE DANS LA PREVENTION SECONDAIRE DE LA MALADIE CORONARIENNE, 1 AN APRÈS UNE RÉ-ADAPTATION

V - CONCLUSION

En conclusion, notre étude a permis de faire une évaluation, 1 an après la réadaptation cardiaque, du programme de coaching téléphonique par une IDE d'éducation thérapeutique, chez 13 patients coronariens, comparativement au programme de réadaptation cardiaque habituelle hospitalière, chez 12 patients coronariens.

Les résultats obtenus montrent un meilleur taux de LDL cholestérol chez les patients suivis par une IDE, probablement dû à une meilleure adhésion au traitement par statine. Le reste des résultats montre que le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires n'est optimal dans aucun des 2 groupes, et ne montre pas de baisse significative du risque cardiovasculaire à 10 ans dans le groupe de patients suivi par une IDE d'éducation thérapeutique comparativement aux patients ayant reçu un programme de réadaptation cardiaque habituel.

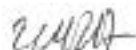
Le coaching téléphonique par une IDE d'éducation thérapeutique pourrait être un recours intéressant, en complément des différents intervenants déjà existants autour du patient, dans le suivi de patients coronariens motivés par ce concept pour améliorer l'observance et l'adhésion au traitement.

Notre étude suggère qu'il y a un manque d'investissement en matière d'éducation thérapeutique des médecins généralistes qui devra être remédié pour toucher une plus large population de malades coronariens, notamment celle qui ne rejoint pas de programme

de rééducation cardiaque. La mise en place d'un dispositif de suivi par une IDE d'éducation thérapeutique par exemple en libéral pourrait faciliter l'adhésion des patients aux objectifs recommandés et cibler un autre type de population qui souhaite un suivi de proximité. De plus, il faudrait réussir à cibler les patients coronariens qui ne s'investissent pas dans leur traitement et dans leur santé par une prise en charge globale et collective.

Donc devant le contrôle partiel des facteurs de risque cardiovasculaire et du manque d'adhésion au traitement des patients, une analyse et une réflexion plus approfondies seront nécessaires afin de définir la place et la forme que pourraient avoir des programmes de proximité, impliquant tant l'hôpital que les professionnels de santé libéraux, dans le respect et en adéquation avec le travail effectué au quotidien par l'ensemble des acteurs du système de soins.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER


Grenoble, le 

LE DOYEN

J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR G. BARONE-ROCHETTE

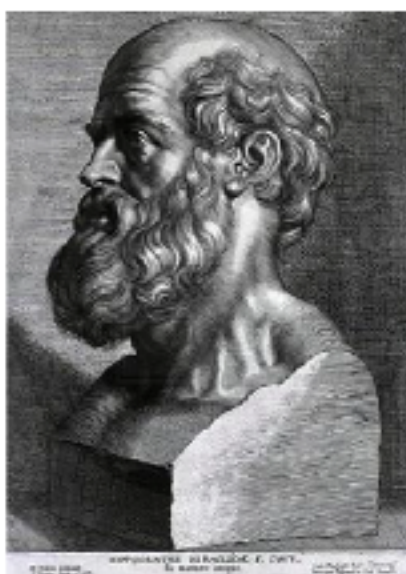


VI - Références

- (1) Monpère C, Sellier P, Meurin P, *et al.* Recommandations de la Société française de cardiologie concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte. Arch Mal Cœur 2002;95:962-97.
- (2) Pavy Ba,1, Iliou MCa, Vergès Ba *et al* RECOMMANDATIONS du Groupe Exercice Réadaptation Sport (GERS) DE LA SOCIETE FRANCAISE DE CARDIOLOGIE CONCERNANT LA PRATIQUE DE LA READAPTATION CARDIOVASCULAIRE CHEZ L'ADULTE.
- (3) Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, *et al.* Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized trials. Am J Med 2004;116:682-92.
- (4) François Boustani. Les nouvelles recommandations européennes sur la prévention des maladies cardiovasculaires en pratique clinique pour le site de la cardiologie francophone, version 2012
- (5) Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, *et al.* Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. Circulation 2010; 121: 750–758.
- (6) HAS - Ensemble, améliorons la prise en charge de l'infarctus du myocarde. Bilan 2009.
- (7) HAS - recommandations : Education thérapeutique du patient, comment la proposer et la réaliser? Juin 2007
- (8) M. Sunamura, N. ter Hoeve, H. J. G. van den Berg-Emons *et al* OPTImal Cardiac REhabilitation (OPTICARE) following Acute Coronary Syndromes: Rationale and design of a randomised, controlled trial to investigate the benefits of expanded educational and behavioural intervention programs. Neth Heart J (2013) 21:324–330.
- (9) L. Andersin, J. PR Brown, A. M Clark, *et al.* Patient education in the management of coronary heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017/06/28.
- (10) M. J. Vale, M. V. Jelinek, A. M. Dart, *et al.* Coaching patients On Achieving Cardiovascular Health (COACH). Arch Intern Med (2003) 163, Dec 8/22.
- (11) Kornelia Kotseva, David Wood, Dirk De Bacquer, *et al.* EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. European Journal of Preventive Cardiology 2016. 23:636-648.
- (12) Wilson K, Gibson N, Willan A, *et al.* Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: Meta- analysis of cohort studies. Arch Intern Med 2000; 160: 939–944.

- (13) Chantal J Leemrijse, Ron JG Peters, Clemens von Birgelen, *et al* The telephone lifestyle intervention 'Hartcoach' has modest impact on coronary risk factors: A randomised multi-centre trial. *European Journal of Preventive Cardiology* 2016.
- (14) INPES 2003, sous la direction d'A. Gautier, *Baromètre santé médecin/pharmaciens*.
- (15) Jean-Paul Génolini *et al.*, « « L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? », *Sciences sociales et santé* 2011/3 (Vol. 29), p. 81-122.
- (16) HAS - L'ÉDUCATION THERAPEUTIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES - Analyse économique et organisationnelle
- (17) Rory Collins, Christina Reith, Jonathan Emberson *et al.*, Interpretation of the evidence for the efficacy and safety of statin therapy . *Lancet* 2016; 388: 2532–61
- (18) Anthony Matthews, Emily Herrett, Antonio Gasparrini *et al.*, Impact of statin related media coverage on use of statins: interrupted time series analysis with UK primary care data. *BMJ* 2016;353:i3283
- (19) Julien Bezin, Florence Francis, Nam Vinh Nguyen *et al.*, Impact of a public media event on the use of statins in the French population. *Archives of Cardiovascular Diseases* 02/2017; 10 :91-98.
- (20) Le Livre Blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins : Santé connectée, de la e-santé à la santé connectée. Janvier 2015.

SERMENT D'HIPPOCRATE



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

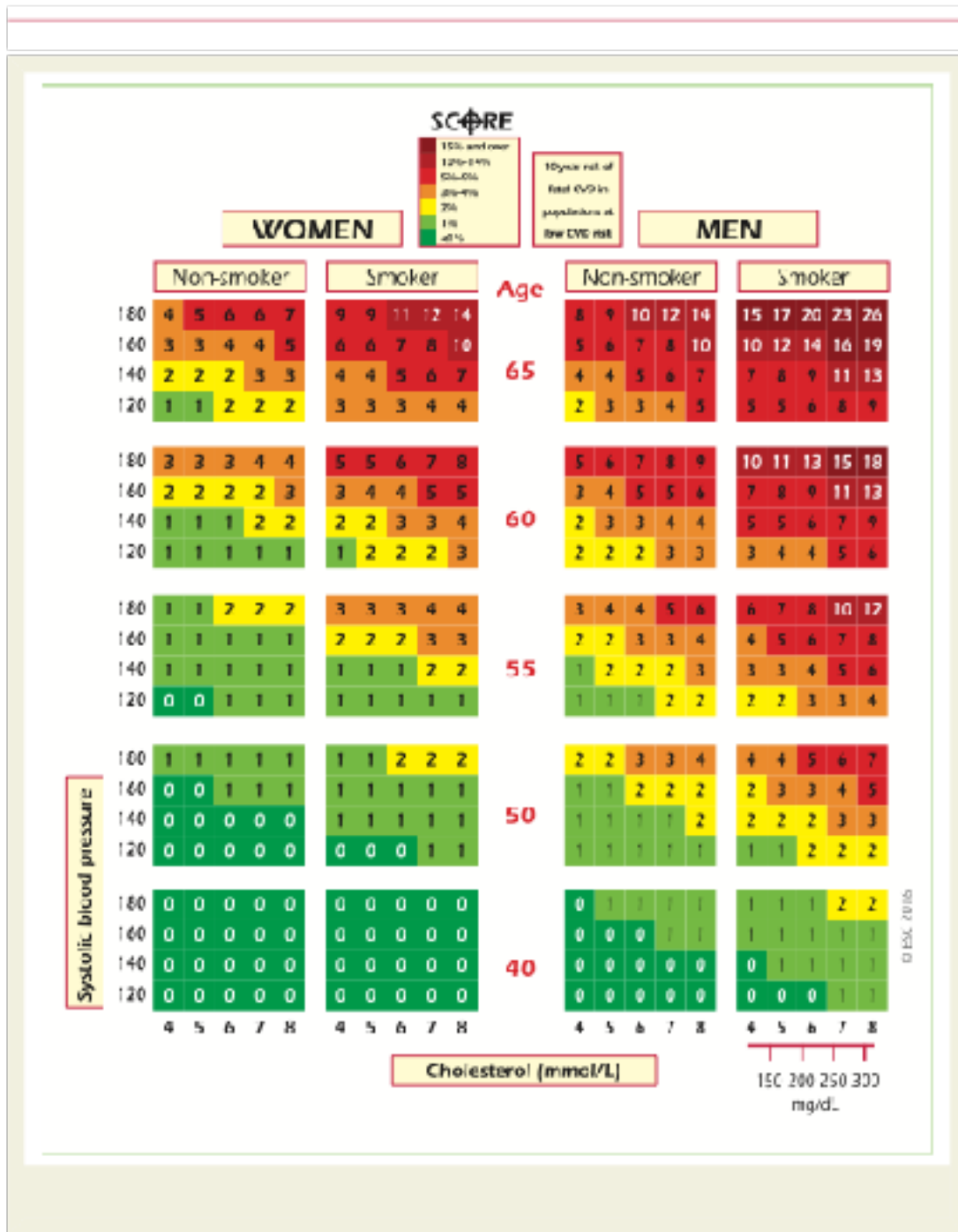
Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

ANNEXES

Calcul du risque cardiovasculaire à 10 ans : SCORE

SCORE chart: 10-year risk of fatal cardiovascular disease in populations of countries at low-cardiovascular risk based on the following risk factors: age, sex, smoking, systolic blood pressure, total cholesterol. CVD : cardiovascular disease; SCORE : Systematic Coronary Risk Estimation.



Questionnaire d'activités physiques (d'après Ricci et Gagnon)

Calculez en additionnant le nombre de points (1 à 5) correspondant à la case cochée à chaque question.

	POINTS					SCORES
(A) COMPORTEMENTS SEDENTAIRES	1	2	3	4	5	
Combien de temps passez-vous en position assise par jour (loisir, télé, ordinateur, etc...) ?	+ de 5 h <input type="checkbox"/>	4 à 5h <input type="checkbox"/>	3 à 4h <input type="checkbox"/>	2 à 3h <input type="checkbox"/>	Moins de 2h <input type="checkbox"/>	
Total (A)						
(B) ACTIVITES PHYSIQUES DE LOISIR (DONT SPORTS)	1	2	3	4	5	SCORES
Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques ?	Non <input type="checkbox"/>				Oui <input type="checkbox"/>	
A quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ?	1 à 2 fois/ mois <input type="checkbox"/>	1 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	2 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	3 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	4 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	
Combien de minutes consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ?	Moins de 15 min <input type="checkbox"/>	16 à 30 min <input type="checkbox"/>	31 à 45 min <input type="checkbox"/>	46 à 60 min <input type="checkbox"/>	Plus de 60 min <input type="checkbox"/>	
Habituellement comment percevez-vous votre effort ? Le chiffre 1 représentant un effort très facile, et le 5 un effort très difficile	1	2	3	4	5	
Total (B)						
(C) ACTIVITES PHYSIQUES QUOTIDIENNES	1	2	3	4	5	SCORES
Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ?	Légère <input type="checkbox"/>	Modéré e <input type="checkbox"/>	Moyen ne <input type="checkbox"/>	Intense <input type="checkbox"/>	Très intense <input type="checkbox"/>	
En dehors de votre travail régulier, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers : bricolage, jardinage, ménages, etc... ?	Moins de 2h <input type="checkbox"/>	3à4h <input type="checkbox"/>	5à6h <input type="checkbox"/>	7à9h <input type="checkbox"/>	Plus de 10h <input type="checkbox"/>	
Combien de minutes par jour consacrez-vous à la marche ?	Moins de 15 min <input type="checkbox"/>	16 à 30 min <input type="checkbox"/>	31 à 45 min <input type="checkbox"/>	46 à 60 min <input type="checkbox"/>	Plus de 60 min <input type="checkbox"/>	

Combien d'étages, en moyenne, montez-vous à pied chaque jour ?	Moins de 2 <input type="checkbox"/>	3 à 5 <input type="checkbox"/>	6 à 10 <input type="checkbox"/>	11 à 15 <input type="checkbox"/>	Plus de 16 <input type="checkbox"/>	
Total (C)						
Total (A)+(B)+ (C)						

Résultats

- Moins de 18 : inactif
- Entre 18 et 35 : actif
- Plus de 35 : très actif

Echelle HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale

1- Je me sens tendu(e) ou énervé(e) - La plupart du temps 3 - Souvent 2 - De temps en temps 1 - Jamais 0	8- J'ai l'impression de fonctionner au ralenti - Presque toujours 3 - Très souvent 2 - Parfois 1 - Jamais 0
2- Je prends plaisir aux mêmes choses d'autrefois - Oui, tout autant 0 - Pas autant 1 - Un peu seulement 2 - Presque plus 3	9- J'éprouve des sentiments de peur et j'ai l'estomac noué - Jamais 0 - Parfois 1 - Assez souvent 2 - Très souvent 3
3- J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver - Oui très nettement 3 - Oui, mais ce n'est pas trop grave 2 - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1 - Pas du tout 0	10- Je ne m'intéresse plus à mon apparence - Plus du tout 3 - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2 - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1 - J'y prête autant attention que par le passé 0
4- Je ris facilement et voit le bon côté des choses - Autant que par le passé 0 - Plus autant qu'avant 1 - Vraiment moins qu'avant 2 - Plus du tout 3	11- J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place - Oui c'est tout à fait le cas 3 - Un peu 2 - Pas tellement 1 - Pas du tout 0
5- Je me fais du souci - Très souvent 3 - Assez souvent 2 - Occasionnellement 1 - Très occasionnellement 0	12- Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses - Autant qu'avant 0 - Un peu moins qu'avant 1 - Bien moins qu'avant 2 - Presque jamais 3
6- Je suis de bonne humeur - Jamais 3 - Rarement 2 - Assez souvent 1 - La plupart du temps 0	13- J'éprouve des sensations soudaines de panique - Vraiment très souvent 3 - Assez souvent 2 - Pas très souvent 1 - Jamais 0
7- Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracter - Oui quoi qu'il arrive 0 - Oui, en général 1 - Rarement 2 - Jamais 3	14- Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision - Souvent 0 - Parfois 1 - Rarement 2 - Très souvent 3

Additionnez les points des réponses : 1,3,5,7,9,11,13 : Total A =

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D =

Interprétation

Pour dépister des symptomatologie anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse
- 11 et plus : symptomatologie certaine

