

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

Année 2019

N° 2019 - 62

**ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE MAINTIEN DES ACQUIS
D'UN SEJOUR EN READAPTATION CARDIO-VASCULAIRE DU POINT DE
VUE DES PATIENTS.**

**THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ
MÉDECINE GÉNÉRALE (DIPLOME D'ÉTAT) PRÉSENTÉE ET
SOUTENUE PUBLIQUEMENT**

PAR

ANTIDE SIMON

NE LE 02.02.1989

Date de soutenance : **Le 19 juin 2019**

Président de jury : Monsieur le Professeur Christophe TRIBOUILLOY

Juges : Monsieur le Professeur Michel SLAMA

Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE-PIETRI

Monsieur le Docteur Jean-Philippe LANOIX

Madame le Docteur Anne-Lise GUGENHEIM

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Florent KRIM

Monsieur le Professeur Christophe TRIBOUILLOY
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Cardiologie)
Chef du service de Cardiologie
Chef du Pôle "Coeur - Thorax - Vaisseaux"

*Recevez mes sincères remerciements et ma profonde gratitude d'avoir fait l'honneur de
présider ce jury.*

*Monsieur le Professeur Michel SLAMA
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Réanimation médicale)
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques*

*Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury, soyez assuré de ma profonde
gratitude.*

Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE-PIETRI
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Médecine vasculaire
Chef du Service de Médecine Vasculaire

*Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury, soyez assurée de ma
profonde gratitude.*

*Monsieur le Docteur Jean-Philippe LANOIX
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Maladies infectieuses et tropicales*

*Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury, soyez assuré de ma profonde
gratitude.*

Madame le Docteur Anne-Lise GUGENHEIM

Cardiologue

*Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury, soyez assurée de ma
profonde gratitude.*

*Monsieur le Docteur Florent KRIM
Praticien Hospitalier
Médecine d'urgence – Médecine du sport*

*Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse. Ton savoir, tes conseils et ta patience
m'ont été d'une grande aide pour ce travail. Sois assuré de mon profond respect et de ma
plus grande reconnaissance.*

*A ma femme, qui m'a plus que soutenu durant cette thèse et durant toutes ces années
merveilleuses. L'avenir promet d'être radieux.*

*A mes parents qui ont toujours cru en moi et qui m'ont donné les moyens d'être qui je suis.
Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises et pour votre présence indispensable.*

*A mes frères, à ma sœur, à mon beau-frère et à mes belles-sœurs pour tous ces moments de
joie, qui ne sont pas près de s'arrêter !*

*A mes amis, toujours présents pour les grandes occasions et pour partager les moments
simples de la vie.*

*A mes maîtres de stage hospitalier et de médecine générale, qui m'ont toujours donné
l'envie de poursuivre ces études. Une pensée toute particulière pour le Dr Bernaert.*

A la vie, qui est un cadeau !

LISTE DES ABBREVIATIONS :

ALD : Affection de Longue Durée.

HAS : Haute Autorité de Santé.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

RCV : Rééducation cardiovasculaire

FDRCV : Facteur de risque cardiovasculaire

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	23
1.1. Constat actuel.....	23
1.2. Trois phases distinctes de la réadaptation cardio-vasculaire.....	23
1.3. Freins aux bénéfices de la réadaptation cardio-vasculaire.....	24
1.4. Place de l'éducation thérapeutique.....	24
1.5. Place du patient.....	25
1.6. Place du médecin généraliste.....	26
1.7. Objectif.....	26
2. MATERIEL ET METHODE.....	27
2.1. Recrutement des patients de l'étude.....	27
2.1.1. Patients étudiés.....	27
2.1.2. Modalités de recrutement des patients.....	27
2.2. Préparation des entretiens.....	28
2.2.1. La méthode qualitative.....	28
2.2.2. Guide de l'entretien.....	28
2.2.3. Déroulement de l'entretien.....	29
2.3. Recueil des données.....	29
2.3.1. Retranscription.....	29
2.3.2. Analyse des données.....	29
3. RESULTATS.....	31
3.1. Données générales de l'étude.....	31
3.1.1. Les entretiens.....	31
3.1.2. Les caractéristiques de l'échantillon.....	31
3.2. Analyse du contenu des entretiens.....	33
3.2.1. Le patient face à sa pathologie.....	33
3.2.1.1. Etat des lieux des connaissances.....	33
3.2.1.2. Freins à la connaissance.....	34
3.2.1.3. Ressenti des patients face à la maladie.....	35

3.2.2.	Le mode de vie et la gestion des FDRCV évitables en MG : un sujet peu abordé.....	35
3.2.2.1.	Le sommeil.....	35
3.2.2.2.	L'alcool et Tabac.....	36
3.2.2.3.	Activité physique.....	38
3.2.2.4.	Le stress.....	40
3.2.2.5.	L'alimentation.....	40
3.2.3.	L'impact de la RCV sur la relation médecin traitant-patient.....	41
3.2.4.	Les attentes.....	42
3.2.4.1.	Les conseils.....	42
3.2.4.2.	La motivation.....	43
3.2.4.3.	Plus de communication.....	44
3.2.4.4.	Plus de temps.....	44
3.2.4.5.	La réassurance.....	45
3.2.4.6.	L'obligation de résultats.....	45
3.2.4.7.	Le remboursement des frais de santé.....	46
3.2.4.8.	Un nouveau mode de pratique.....	47
3.2.5.	L'ambivalence des attentes.....	48
3.2.6.	Des attentes qui diffèrent en fonction de l'interlocuteur.....	49
4.	DISCUSSION.....	51
4.1.	Discussion de la méthode.....	51
4.1.1.	Choix de la méthode.....	51
4.1.2.	Choix de l'entretien.....	51
4.1.3.	Recrutements des patients.....	51
4.1.4.	Déroulement des entretiens.....	52
4.1.5.	Méthode d'analyse des entretiens.....	53
4.1.6.	Biais de l'étude.....	53
4.2.	Discussion des résultats.....	54
4.2.1.	Discussion autour des FDRCV modifiables.....	54
4.2.2.	Discussion autour de l'éducation thérapeutique.....	58

4.2.3.	Les attentes des patients dans la pérennisation des acquis de la RCV	59
4.2.4.	Discussion autour de l'entretien motivationnel	62
5.	CONCLUSION	65
6.	BIBLIOGRAPHIE	69
7.	ANNEXE	77

1. INTRODUCTION

1.1. Constat actuel

Les cardiopathies ischémiques représentent une cause majeure de morbi-mortalité dans le monde, la première cause de décès dans les pays développés et constituent selon le Global Burden of Disease, la première cause d'années de vie perdues en 2013 et la deuxième cause de décès tous sexes confondus en France soit environ 200 000 morts par an.

En France, selon l'enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) d'IMS-Health (1), les pathologies cardio-vasculaires représentent 58.8% des motifs de consultation en soins ambulatoires chez les hommes de 65 ans et plus, et 51% chez les femmes de 65 ans et plus. Les pathologies cardio-vasculaires ont donc une place prépondérante dans l'activité du médecin généraliste et nécessitent de ce fait une prise en charge optimale.

1.2. Trois phases distinctes de la réadaptation cardio-vasculaire

Lors de la survenue d'un événement cardio-vasculaire, 3 phases interviennent dans la réadaptation cardiaque et peuvent être décrites.

La phase 1 ou phase hospitalière, dont la durée ne cesse de se raccourcir dans le but de limiter les complications de décubitus prolongé (2)(3).

La phase 2, post hospitalière immédiate, appelée également phase de convalescence active d'une durée de 4 à 6 semaines, s'effectuant en unité de réadaptation cardio-vasculaire ou une prise en charge globale va être initiée par une équipe pluridisciplinaire qui va éduquer le patient sur sa pathologie, sur les règles hygiéno-diététiques et mettre en place un réentraînement à l'effort, une optimisation du traitement médical.

La phase 3 ou phase de maintenance, qui nous intéresse tout particulièrement pour cette thèse. Cette phase débute en sortie de réadaptation cardio-vasculaire et dure en principe toute la vie du patient. Le patient va devoir mettre en pratique les connaissances et savoir-faire acquis à propos de sa pathologie lors de la phase 1 et 2. Notons également que durant cette phase 3, selon une étude menée en juillet 2012 (4) visant à évaluer l'observance à l'activité physique à 2 mois ou 12 mois après la sortie d'un programme de réadaptation cardio-vasculaire, il a été mis en évidence qu'environ la moitié des patients ne maintiennent pas une activité physique régulière (46.4% à 2 mois et 59% à 12 mois), définit par cette étude comme la pratique

d'activité physique équivalent à au moins 150 minutes par semaine d'exercice d'intensité modérée (3–6 METs).

Le patient a donc un rôle clef dans le bon déroulement de cette phase qui est déterminante pour l'évolution ultérieure de la maladie. Son état de santé sera intimement lié à sa volonté, son observance et son implication, aidé par une équipe pluridisciplinaire.

1.3. Freins aux bénéfices de la réadaptation cardio-vasculaire

Il existe de façon connue des freins aux bénéfices de la réadaptation cardio-vasculaire avec en tête de liste la non ou mauvaise observance du patient sur le plan médicamenteux, des règles hygiéno-diététique, de l'assiduité aux consultations et examens biologiques comme le montre l'étude Euroaspire (5). Les facteurs d'inobservance sont identifiés et multifactoriels : facteurs psychologiques, mauvaise compréhension des enjeux et objectifs des thérapeutiques, les croyances et cultures, une mauvaise appréciation des complications et des risques.

1.4. Place de l'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique peut être définie comme un processus d'apprentissage centré sur le patient et adapté à ses besoins, intégré au traitement et aux soins, dont le but est de lui permettre de mieux gérer sa maladie et de maintenir voire d'améliorer sa qualité de vie (6).

En France, le développement de l'éducation thérapeutique reste récent et s'est développée progressivement depuis une vingtaine d'années avec la parution d'un rapport de l'OMS (7) qui mettait en avant les bases de cette nouvelle activité. Les lois de 2004, (8) relatives à la Santé Publique et l'Assurance Maladie, insistaient sur le caractère fondamental d'une politique de prévention pour lutter contre la maladie, modifier les comportements à risque et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

En 2007, la Haute Autorité de Santé a fait paraître un guide méthodologique pour la structuration des programmes d'Éducation Thérapeutique dans le cadre des maladies chroniques (9), suivi en 2008 d'un rapport (10) exposant les caractéristiques essentielles des axes pouvant guider la mise en place d'une politique d'éducation thérapeutique sur l'ensemble du territoire.

Une étude réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé de Midi Pyrénées en juin 2010 (11) visant à évaluer la pratique de l'éducation thérapeutique chez 167 médecins généralistes

en Midi Pyrénées a mis en évidence que 71.1% des médecins généralistes connaissent le concept d'éducation thérapeutique et 80% d'entre eux déclarent pratiquer l'éducation thérapeutique en consultation. Cependant, seulement un quart d'entre eux ont suivi une formation sur l'éducation thérapeutique. Cette étude met en évidence également que 61.5% des médecins généralistes réalisent l'éducation thérapeutique seuls, au cabinet.

Le premier frein à la participation des médecins généralistes à des actions d'éducation thérapeutique est le manque de temps pour 71.4% des médecins.

1.5. Place du patient

Le patient atteint d'une pathologie chronique doit donc acquérir de nouvelles compétences et remplacer l'organe atteint par un ou des processus cognitifs (comme la détection de signes cliniques) acquis par l'apprentissage et l'expérience qui le conduiront à la mise en place d'actions adéquates à la prise en charge de sa santé. Cela peut être défini sous le terme de vicariance, venant du latin vicarius « remplaçant » et qui en médecine exprime l'idée de suppléance fonctionnelle d'un organe (12).

De plus, comme toutes pathologies chroniques, pour une meilleure observance et adhésion du patient durant cette phase de maintenance, il est primordial de connaître le ressenti de celui-ci.

Dans ce sens, une étude concernant les consultations pluridisciplinaires de suivi en éducation thérapeutique post- réadaptation cardio-vasculaire (13) montre que 52% des patients souhaitaient une telle consultation, 41% des patients reconnaissaient des difficultés à appliquer les recommandations et que dans 69% des cas, ce suivi permettait une amélioration de l'adhésion à la prévention secondaire. Cela montre clairement qu'il existe chez le patient un épuisement des bénéfices acquis durant la réadaptation cardio-vasculaire ayant inclus un reconditionnement à l'effort, une éducation thérapeutique et la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire.

Il semble donc que le médecin généraliste, de par sa connaissance intime du patient, tant sur le plan médical que de son histoire personnelle, occupe une place centrale dans la prise en charge. De même, il est en première ligne pour entretenir la motivation du patient à prendre en charge sa pathologie et ses facteurs de risques.

Fort de ce constat et de ces conséquences sur la survenue de nouveaux évènements cardio-vasculaire et de ré hospitalisation, nous étions donc en droit de nous demander comment les

patients perçoivent-ils leurs consultations post-réadaptation cardio-vasculaire en médecine générale et comment s'opère cette nouvelle interaction entre le patient et son médecin généraliste ?

1.6. Place du médecin généraliste

Le médecin généraliste intervient en post- réadaptation cardio-vasculaire dans ce qui est défini par les recommandations du GERS de la Société Française de Cardiologie comme la phase 3 débutant avec la reprise d'une vie active par le patient.

Le suivi médical du patient durant cette phase nécessite donc que le médecin traitant adapte la fréquence de consultation en fonction des symptômes, de la motivation, de l'observance et des comorbidités du patient et mettra en place des mesures médicamenteuses et non médicamenteuses, à savoir une éducation thérapeutique, des conseils sur une alimentation équilibrée, des activités physiques régulières, l'arrêt éventuel du tabac dans le but de corriger les facteurs de risques cardio-vasculaires (14). De ce fait, il occupe une place privilégiée auprès du patient afin de répondre aux exigences de la prise en charge d'une maladie chronique telle que la coronaropathie.

Il est donc légitime pour le médecin généraliste d'apprécier de façon précise de quelles natures sont les attentes et les besoins du patient afin de l'aider au mieux à maîtriser ses facteurs de risques, à avoir une meilleure observance thérapeutique, et enfin in fine à vivre avec la meilleure des santés possibles malgré la maladie chronique dont souffre le patient, ce qui est le but ultime des processus d'éducation thérapeutique. Rappelons également que le médecin généraliste est un partenaire privilégié des actions de santé publique telles que la prévention et l'éducation sanitaire.

1.7. Objectif

L'objectif principal de ce travail est donc de comprendre quelles sont les attentes des patients ayant bénéficié d'une réadaptation cardio-vasculaire vis-à-vis de leur médecin traitant, dans la pérennisation des acquis de la réadaptation.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Recrutement des patients de l'étude

2.1.1. Patients étudiés

Les patients étudiés étaient des patients faisant partie de la région Haut-de-France. Nous avons décidé d'inclure dans l'étude, des patients ayant eu une cardiopathie ischémique, sortant du service de réadaptation cardiovasculaire de Corbie à 3 mois et plus de la phase 2, c'est-à-dire de la phase de convalescence active d'une durée de 4 à 6 semaines, s'effectuant en unité de réadaptation cardiovasculaire.

Chaque patient a bénéficié lors de la phase 2, outre le programme de réentraînement à l'effort, d'une inclusion dans le programme d'éducation thérapeutique comprenant :

- Un entretien initial visant à apprécier les informations reçues précédemment, le vécu de la maladie, les attentes du patient pour l'avenir et l'identification de ses besoins propres en matières éducatifs, déclinés en objectifs éducatifs, proposés et acceptés par le patient.
- D'ateliers et d'informations visant à mieux connaître sa maladie et à l'aider au changement des habitudes de vie.
- D'un accompagnement personnalisé avec une réévaluation à mi séjour de l'évolution des objectifs éducatifs posés à l'entrée du patient.
- D'un entretien final dans le but d'apprécier l'acquisition de ces objectifs et les compétences acquises sur sa pathologie cardio-vasculaire.

2.1.2. Modalités de recrutement des patients

Le recrutement des patients a été effectué en deux étapes.

La première étape : le recrutement a commencé en Juillet 2018. La liste des patients a été établit grâce aux données du secrétariat de l'unité de réadaptation cardiovasculaire de Corbie. Nous avons sélectionnés des patients qui avaient bénéficié d'une réadaptation cardiovasculaire pendant 4 à 6 semaines à partir de Janvier 2018. Enfin, le dernier critère d'inclusion dans cette étude était que le patient devait être à plus de 3 mois de sa sortie de l'unité de RCV. Pour mieux caractériser l'échantillon de patients sélectionnés, le type de prise en charge en phase hospitalière avec notamment le nombre de stents mis en place, la réalisation d'un éventuel pontage et la période durant laquelle ils avaient bénéficié de la

réadaptation cardiovasculaire à Corbie était récupéré via le secrétariat du service de réadaptation cardiovasculaire de Corbie.

La deuxième étape consistait à joindre les patients au téléphone. Au total, une liste de 22 patients a été constituée. Tous les patients ont été appelé, 14 patients ont accepté l'entretien, 3 ont refusé, et 5 ont été non joignable. Au téléphone, je me présentais en tant que médecin remplaçant réalisant une thèse de médecine générale. Pour rappel lors du premier contact téléphonique, je rappelais l'objectif de l'étude, en appuyant sur le fait que cet entretien était anonyme et recueillis l'accord du patient. Si le patient était favorable à l'entretien un rendez-vous était alors fixé.

2.2. Préparation des entretiens

2.2.1. La méthode qualitative

Nous avons choisi la méthode par entretien individuel semi-dirigé. Cette méthode permettant d'obtenir le ressenti du patient.

2.2.2. Guide de l'entretien

Avant la réalisation des entretiens, nous avons réalisé un script d'entretien semi-dirigé (cf. Annexe 1). Ce script s'articule autour de questions ouvertes avec pour but de répondre à l'objectif principal de l'étude, et de ne pas diriger la discussion.

Le script était constitué de trois parties : La première partie visait à reprendre avec le patient l'objectif de l'étude, et de garder un temps de reformulation afin de s'assurer de la bonne compréhension du thème principal. La deuxième partie permettait de répondre à notre objectif principal. Les questions étaient rangées par thèmes, et des questions de relance étaient fréquemment utilisées, afin de comprendre au mieux les attentes des patients ayant bénéficié d'une réadaptation cardio-vasculaire vis-à-vis de leur médecin traitant, dans la pérennisation des acquis de la réadaptation. Enfin, la dernière partie était plus axée sur les changements souhaités par les patients.

Le script servait de trame lors des entretiens et a été modifié oralement selon les patients que j'interrogeais. En effet « la forme précise de telle ou telle question ne joue pas un rôle

fondamental lors de l'analyse, et l'on peut, au fur et à mesure que l'enquête progresse, s'intéresser à des questions nouvelles, voire déplacer les centres d'attention, sans pour autant mettre en danger la cohérence de l'enquête » (15).

2.2.3. Déroulement de l'entretien.

Les entretiens étaient réalisés à la date et sur le lieu laissés au choix des patients interviewés. Lors de l'entretien je réexpliquais l'objectif aux patients et m'assurais de leur consentement avant de débiter. Aucune information particulière n'était à leur disposition.

2.3. Recueil des données.

Les entretiens se sont déroulés de juillet 2018 à mars 2019, dans une pièce calme et adaptée à une discussion. Ils ont eu lieu pour 11 d'entre eux au domicile du patient et pour 3 d'entre eux dans une pièce calme dans le service de réadaptation cardiovasculaire de Corbie.

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone.

2.3.1. Retranscription.

Les retranscriptions ont été réalisées mots pour mots sur le logiciel Word 2011 puis copier dans le logiciel N Vivo.

Il a été mis en place un système par numéro afin de garder l'anonymat de chaque patient présent dans l'étude. Ainsi le patient 1 ce nomme P1, le patient 2 ce nomme P2 ainsi de suite.

2.3.2. Analyse des données.

Nous avons utilisé le logiciel N Vivo afin de dégager les nœuds des entretiens puis nous avons regroupé les nœuds en thèmes.

La méthode d'analyse par théorisation ancrée (« Grounded Theory ») décrite par Glaser et Strauss (16), qui est la méthode de référence pour les études qualitatives a été utilisée pour l'ensemble des entretiens. Selon cette théorie, la saturation théorique signifie qu'« après des applications successives, les données n'ajoutent aucune propriété nouvelle au concept ». A partir de ce moment nous pouvons dire que le concept créé est saturé (17).

Afin d'éviter le plus possible les biais de préconception, une triangulation des données des entretiens a été réalisée avec l'aide du directeur de thèse ainsi qu'avec celle d'un confrère médecin généraliste.

3. RESULTATS

3.1. Données générales de l'étude

3.1.1. Les entretiens

Quatorze entretiens ont été nécessaires pour arriver à saturation des données. La durée moyenne des entretiens était de 19 minutes et 54 secondes, avec une durée minimale de 11 minutes et 16 secondes et une durée maximale de 33 minutes et 48 secondes.

Enfin, il est important de noter que notre étude n'a comporté qu'une seule femme.

3.1.2. Les caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques sont visibles dans le tableau 1.

P	S	A	Profession	FdC Médecin généraliste	FdC cardiologue	Temps entre la sortie de RCV et l'entretien	Lieu d'entretien
P1	H	69	Retraité-Directeur d'établissement médico-social	Tous les 2 mois	Tous les 6 mois	6 mois	D
P2	H	70	Retraité-Imprimeur	Tous les 3 mois	Tous les 3 mois	6 mois	D
P3	H	56	Artisan maçon	Tous les mois	Tous les 6 mois	5 mois	D
P4	H	69	Retraité-Technicien agricole	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois	6 mois 1/2	D
P5	H	62	Retraité-Plombier chauffagiste	Tous les 3 mois	Tous les ans	7 mois 1/2	D
P6	H	48	Boucher	Tous les mois	Tous les ans	6 mois	D
P7	H	53	Enseignant	Tous les mois	Tous les 6 mois	9 mois 1/2	D
P8	F	57	Invalidité-Responsable boutique	Tous les 2 mois	Tous les 6 mois	9 mois	C
P9	H	55	Traceur en chaudronnerie	Tous les 2 mois	Tous les 4 mois	10 mois 1/2	D
P10	H	39	Formateur informatique en reconversion	Tous les 3 mois	Tous les ans	3 mois	C
P11	H	64	Retraité-Agent de sécurité	Tous les 3 mois	Tous les ans	3 mois	C
P12	H	55	Agent d'entretien	Tous les mois	Tous les 6 mois	3 mois	D
P13	H	25	Animateur en centre	Tous les 1 mois 1/2	Tous les mois	3 mois	D
P14	H	69	Retraité-Routier	Tous les mois	Tous les 3 mois	3 mois	D

P : Patient ; S : Sexe : H : Homme/F : Femme ; A : Age ; FdC : Facteurs de risque ; RCV : Réadaptation cardio-vasculaire ; D : domicile ; C : Centre de RCV de Corbie

Tableau 1 : Les caractéristiques de l'échantillon

3.2. Analyse du contenu des entretiens

3.2.1. Le patient face à sa pathologie

3.2.1.1. Etat des lieux des connaissances

En ce qui concerne les symptômes de l'angor, la multiplicité des symptômes a été parfaitement retrouvée (18) dans notre étude, ainsi que la difficulté d'interprétation des symptômes.

Le premier symptôme le plus souvent cité par les patients était l'oppression thoracique. Le patient P5 se sentait « opprimé, j'avais l'impression qu'on m'écrasait la cage thoracique ». Cette notion était aussi mise en évidence par les patients P2, P4, P9 et P10.

Deux symptômes ont été cités de façon équivalente, respectivement : les difficultés à respirer et les douleurs au niveau du membre supérieur. Les patients P3 et P11 décrivaient un « essoufflement ». Les patients P5 et P9 évoquaient également ce type de symptômes. Parallèlement, la notion de « douleurs dans le bras » a été mise en exergue par 4 patients (P2), (P5), (P8), (P10). A noter, le patient P10 avait aussi évoqué une douleur « entre les deux omoplates ».

Les douleurs au niveau de la « mâchoire » ont été mentionné par 3 patients (P1), (P2), (P10), au même titre que la sensation d'asthénie. Le patient P1 disait « si je me sens fatigué » tout comme les patients P3 et P9.

Deux notions plus rares ont été citées, à savoir, les vomissements avec le patient P2 qui disait « On peut vomir je crois » et un symptôme plus atypique qui était l'« arythmie » (P3).

Devant la multiplicité des symptômes quatre patients ont avoués avoir encore des difficultés à interpréter les symptômes de l'angor. Pour résumer cette notion, le patient P5 disait « j'en ai fait trois, quatre d'infarctus et j'ai jamais eu les mêmes douleurs ». A contrario le patient P10 nous confiait que ses connaissances « sont bonnes » disant « je suis très à l'écoute de mon corps ».

D'un point de vue pratique, l'état des lieux des connaissances des patients a aussi permis d'évaluer l'acquisition des réflexes à avoir en face des symptômes d'angor. Les patients semblaient d'accord sur le fait de devoir se rendre « directement aux urgences de l'hôpital le plus près » (P9). Les numéros d'urgence semblaient être connus « l'appel du 15 » a été

mentionné par 5 patients (P2) (P5) (P6) (P7) (P10). Un seul patient aurait appelé « le 18 » (P8). Pour 2 patients les réflexes n'étaient pas acquis, le patient P3 « j'appelle le Dr C et puis voir si il peut me recevoir tout de suite ». Le patient P11 attendait de voir, « si ça se reproduit de trop, j'en parlerais à mon médecin, déjà pour commencer je pense que ce serait lui qui serait plutôt qualifié pour me dire bon si ça persiste ou quoi, si tous les jours je suis essoufflé, je transpire et tout bah il y a un problème ».

Cinq des patients interrogés semblaient cependant avoir acquis des connaissances solides. P2, P5, P6, P7, et P10 qui avaient le bon réflexe d'appeler le 15, ont aussi mentionnés l'utilisation du « Natispray » en attendant les secours. Contrairement au patient P4 qui expliquait qu'en cas de douleur thoracique son réflexe était d' « éviter de faire des mouvements brusques et puis après bon, attendre que ça passe quoi sans s'affoler ».

En ce qui concerne l'état des lieux des connaissances, les patients ont tous bénéficié des mêmes ateliers, et sont censé avoir acquis les mêmes connaissances. Pour autant les entretiens nous ont permis de mettre en évidence qu'en pratique les réflexes ne semblaient pas être acquis pour tous les patients malgré leur séjour en réadaptation cardio-vasculaire.

3.2.1.2. Freins à la connaissance

Le principal frein à l'acquisition et à la mise en pratique des connaissances est le déni. Le déni a pu être identifié dans 4 entretiens. Le patient P1 résumait bien la situation « Moins on sait, mieux on se porte ». En effet la connaissance est selon certains patients « source d'inquiétude» (P9) pour lui-même, mais aussi pour sa famille « Moi je connais dans ma famille, ils sont tous un peu stressés, ils regardent tous internet et ils deviennent encore plus tous fous, tous un peu stressés » (P2). Certains patients avouaient même « à Corbie j'ai jamais voulu y aller » (P1). Un déni profond était identifié à travers les entretiens, le patient P9 expliquait « j'oublie même que j'ai été opéré [...] j'ai pas l'impression d'être... Je ne sais pas si je peux dire malade [...] Pour moi, j'ai pas de soucis de cœur, c'est clair ».

Le second frein identifié était simplement le temps qui passe, chez les patients les moins enclins à s'informer. Encore une fois le patient P9 expliquait « à la sortie de Corbie peut-être que c'était clair, là ça l'est peut-être un petit peu moins ». Enfin le patient P11, reconnaissait qu'il aurait mieux répondu aux diverses questions de l'entretien avec ses « fiches ».

3.2.1.3. Ressenti des patients face à la maladie

Une ambivalence importante a été mise en évidence dans cette partie de l'étude. En effet les patients avaient tendance à catégoriser la population générale en deux.

La première catégorie à risque cardiovasculaire élevé. « On rencontre des gens qui ont fait un infarctus, et qui ont des stents mais c'est pas forcément le même que moi » (P7). Et la deuxième catégorie, celle dont ils font tous partis, la population qui n'a « pas le profil de personnes qui pouvaient intégrer Corbie, et à qui ça pouvait arriver » (P7).

Bien évidemment pour cette catégorie de patient l'étude a permis de mettre en évidence qu'un sentiment d'injustice et un certain déni primait. L'incompréhension restait la notion la plus représentée. En effet dans le cas du patient P2 il n'avait « jamais fait de cholestérol, [...] de diabète », l'incompréhension face à sa situation était donc évidente. Tout comme le patient P3 qui « faisais pas mal de sport », dont « des marathons », il n'avait « jamais fumé », et suivait un régime de vie sans « excès », le patient P4 aussi décrivait suivre « une vie relativement saine ». Dans ces cas de figures, le ressenti du patient face au diagnostic était la « stupéfaction » (P3).

3.2.2. Le mode de vie et la gestion des FDRCV évitables en MG : un sujet peu abordé.

Chaque FDRCV évitable a été abordés car ils faisaient tous l'objet d'une question de l'entretien ainsi que d'une relance. Cependant, il faut noter que les réponses étaient succinctes et souvent accompagnées de gêne.

3.2.2.1. Le sommeil

Pour la moitié des patients, ils n'ont « pas parlé de sommeil ». Deux patients ont déclaré n'avoir aucun souci de sommeil « j'ai toujours bien dormi » (P5) et (P1). Pour P6 et P11 ils bénéficiaient d'« un appareil par rapport à l'apnée du sommeil » depuis leur entrée à Corbie. Deux patients ont révélés en avoir discuté avec leur médecin traitant, car ils avaient des

problèmes. « En fait, moi la nuit je tousse beaucoup, j'ai quand même du mal à dormir mais au niveau du sommeil je prends rien [...] Il ne m'a rien dit » (P12). Et le patient P2 se demandait s'il n'avait « pas des ennuis d'apnée du sommeil » (P2).

Un seul médecin a abordé directement la question du sommeil « elle m'a demandé récemment si j'avais un bon sommeil » (P7).

En somme, le sommeil est resté peu abordé lors des consultations post RCV en médecine générale et semblé être une source d'interrogation pour le patient.

3.2.2.2. L'alcool et Tabac

▪ Alcool

Concernant la consommation d'alcool, la majorité des résultats ont mis en évidence que ce sujet n'était pas abordé par le médecin généraliste lors des consultations post réadaptation cardio-vasculaire. Ainsi 9 patients déclaraient ne pas avoir « abordé » (P1) (P4) (P6) (P10) le sujet avec leur médecin traitant. Le patient P12 disait « Il ne me parle pas trop de tout ça, il regarde mes résultats de prises de sang mais il ne parle pas de tout ça après ».

Parmi ces 9 patients, 5 patients (P1) (P3) (P5) (P8) (P12) mettaient en avant le fait que le sujet n'aurait pas été abordé lors des consultations car ils ne consommaient pas d'alcool, raison pour laquelle leur médecin traitant n'avait pas abordé la problématique.

Le patient P7 quand à lui évoquait que dans « la mesure » ou il n'avait pas de « consommation » d'alcool, le sujet avait été abordé de façon indirect avec la réalisation d'un bilan biologique. « Elle m'avait fait un contrôle parce que j'avais des Gamma un peu élevés » (P7).

Seulement un patient avait mentionné le fait que le médecin traitant n'ayant « pas abordé » (P4) le sujet, il l'avait « abordé pour savoir si, pas l'abus d'alcool mais un excès de consommation » (P4) pouvait être dangereux. Il nous avait également avoué « avoir des faux pas le weekend » lors des repas « avec les amis ou la famille »(P4).

Lors de ces entretiens un seul patient confiait que « c'est des sujets qui ne viennent pas » (P9) avec son médecin et exprimait des questionnements en rapport avec la consommation d'alcool. A savoir le lien entre « la sensation de moins supporter l'alcool » et « le traitement » ou son « problème cardiaque » (P9).

Enfin quatre patients avaient eu comme conseil de la part de leur médecin traitant d'« éviter » (P11), de « faire attention » (P13) (P14) et « de ne pas abuser » (P14) de l'alcool.

Le sujet de l'alcool restait peu abordé lors des consultations de médecine générale selon les patients, soit parce qu'ils considéraient ne pas avoir de difficulté eux même avec la consommation d'alcool ou parce que celui-ci était abordait de façon purement biologique. Lorsqu'il était abordé, il l'était sous forme de conseils de prudence. Enfin, les patients exprimaient d'eux-mêmes un questionnement sur leur propre consommation.

▪ **Le tabac**

Pour plus de la moitié des patients, la problématique du tabac n'a pas été abordé par leur médecin généraliste, car il « ne fume pas » (P1), (P3), (P7), (P8), (P9), (P12), (P13), (P14), tout comme pour les patients P2, P4 et P5 qui « ne fume plus ».

A contrario pour le patient P10, son médecin généraliste a essayé d'effectuer une prévention tertiaire « Ah bah chaque coup, elle me donne des raisons pour arrêter de fumer, sur quoi ça joue, sur tout ça ». Cependant, il faut noter que ses essais sont restés infructueux car le patient se disait « parle toujours ». Pour d'autres patients, un événement cardiovasculaire est un réel événement déclenchant. « Je ne m'en occupais pas parce que j'avais pas envie d'arrêter de fumer. C'est après l'opération, là, j'ai eu un triple pontage et j'ai réagi qu'il fallait vraiment que j'arrête de fumer »(P5).

Le tabagisme passif a aussi été mentionné, et semblait faire l'objet d'inquiétude pour les patients dont l'entourage fume « parce que toute ma famille, elle, fume mais comme moi je fume pas » (P1), « il faut faire attention quoi » concluait le patient P12.

3.2.2.3. Activité physique

L'activité physique dans notre étude a été une notion prépondérante. Seulement 3 patients ont avoué que « c'est pas le genre de truc que...on en parle pas quoi » (P11). Le patient P2 disait même « Il n'en parle pas ».

Au vu du nombre d'items abordés dans cette question, nous aborderons donc la question de l'activité physique de deux façons différentes. Tout d'abord, les différents intervenants et leur rôle, puis secondairement sur les différents types de motivation mises en évidence.

▪ Les intervenants

Les patients ont bien ciblés l'action du centre de réadaptation cardiovasculaire et l'ont mis pour la plupart en comparaison avec l'action du médecin généraliste. Pour les patient P1 et P3 la prise de conscience semblait avoir été évidente après leur séjour en RCV, ils n'ont même pas mentionné le rôle du médecin généraliste. « C'est plutôt à Corbie où l'on a parlé de ça, puisqu'il y a des gens qui viennent à Corbie le soir pour faire des activités avec certains profs de sport donc c'est plus dans ce sens-là où j'ai constaté qu'il y avait des associations à Saint Quentin d'anciens opérés » (P3). Le patient P9 expliquait quant à lui le travail cardiaque que lui avait préconisé le centre de RCV, il disait faut « faire fonctionner le cœur, faire monter un petit peu les pulsations ». Il concluait « les termes ne sont peut-être pas les bons mais voilà ».

En ce qui concerne le rôle du médecin généraliste, celui-ci semblait être plus mineur. Le patient P6 disait « c'était un peu survolé sur le maintien d'une activité sportive » ou encore simplement dire « qu'il fallait faire du sport » (P1). Pour le patient P3, le médecin généraliste lui aurait juste « demandé » ce qu'il faisait « comme sport ».

Au total le rôle du médecin généraliste semblait, à travers les entretiens, se cantonner à vérifier si le patient était « sédentaire ou si je pratique une activité » (P4). En effet, il a été noté un sentiment d'impuissance de la part du médecin traitant vis-à-vis de l'activité physique comme mentionné par le patient P2 « Bein, je ne sais pas ce qu'il peut faire le docteur, je ne pense pas qu'il puisse faire grand-chose pour les activités » et le patient P8 « Bah je ne sais pas, comment voulez-vous qu'elle prenne en charge mon activité physique ? ». Enfin les deux seules activités physiques recommandées étaient « la marche » (P4) (P11) (P14) et la « natation » (P2), cette dernière n'avait été citée qu'une seule fois.

Selon le point de vue des patients, la prise en charge de l'activité physique et les explications autour de celle-ci ont été pour la plupart d'entre elles réalisées en RCV, reléguant ainsi le médecin traitant au second plan.

▪ **La motivation**

En ce qui concerne la population de l'étude vis-à-vis de la motivation à l'activité physique deux catégories ont été mises en exergue.

Les patients pour qui l'activité physique est une motivation intrinsèque, le sport a toujours été attrayant et faisait déjà parti de leur mode de vie. Ce qui est le cas du patient P10 « c'est personnel, c'est moi qui aime la pratique du sport, donc la motivation est là quoi qu'il arrive, j'y prends beaucoup de plaisir, ce n'est pas une contrainte ». Il considérait déjà avant son événement CV le sport comme étant « un plaisir avant tout et le bien-être et puis voilà c'est vraiment ça, le bien-être et le plaisir ».

A contrario pour tous les autres patients, l'activité physique ne peut résulter que d'une motivation extrinsèque. Dans ces cas de figure les patients exprimaient clairement faire du sport non pas pour leur plaisir, mais réellement pour le bénéfice qu'ils en tiraient. Le patient P1 se décrivait lui-même comme n'étant « pas un sportif », mais étant « discipliné [...], je le fais parce qu'il faut que je le fasse ». En conclusion pour ce type de patient sans motivation extrinsèque il n'aurait « jamais fait de sport », et dans ce cadre de figure le sport est là pour essayer de « maintenir » (P11) certains acquis.

Il faut toutefois noter que face à une motivation extrinsèque le risque principal est l'essoufflement de la motivation, car « c'est un peu lassant » (P7), cette notion fera l'objet d'une autre partie.

Au total, la motivation extrinsèque restait la plus représentée dans notre étude avec pour objectif principal de maintenir les acquis de la RCV dans le but de prendre en charge leur pathologie cardio-vasculaire de la façon la plus optimale possible.

3.2.2.4. Le stress

Le sujet du stress en post réadaptation cardio-vasculaire n'avait pas été « abordé » (P14) (P11) avec le médecin traitant pour un peu moins de la moitié des patients (6 patients). Une certaine gêne lors de cette question avait pu être observée avec le patient P12 qui exprimait clairement qu'il ne savait pas quoi « dire là-dessus » en poursuivant sur le fait qu'il « ne prends pas de médicaments ». Le patient P13 quant à lui avait exprimé son ressenti en marquant un blanc lors de cette question et ce disait « anxieux » mais « pas stressé ». Une certaine déception dans la voix du patient P4, de ne pas avoir abordé le sujet avec le médecin traitant avait été ressenti.

A l'inverse le patient P9 mettait en avant que «de manière générale » le médecin traitant employait une question brise-glace avec la question « comment vous allez ? » et laissait ainsi la porte ouverte à la discussion. Le sujet du stress était abordé pour trois autres patients de l'étude. Leurs médecins généralistes les avaient « conseillé sur le stress » (P3), ce qui leurs auraient permis de « gérer un peu le stress » (P3). Le patient P7 avouait même ne pas avoir de sujet « tabou » étant donné qu'«on se connaît assez ». La mise en place d'un traitement médicamenteux comme le « Xanax » (P8) avait été mis en place pour trois patients dans le but d' « être plus calme » (P1). Néanmoins le patient P1 expliquait ne pas les prendre « parce que je ne veux pas ces saloperies là ».

Une certaine relativité par rapport au stress engendré par l'évènement cardio-vasculaire avait été révélée. En effet, le patient P5 comparé le fait de ce faire « opérer » au fait d' « allais manger une glace » et le patient P1 mettait en avant que « la mort » n'« est pas un final en soi».

Le sujet du stress en post RCV, du point de vue des patients, a engendré des sentiments variés. Trois ont pu être identifiés, à savoir : le dénie, la déception de ne pas l'avoir abordé en consultation et la gêne générée par ce sujet. Pour 8 patients, la notion de stress a été abordé par les médecins traitants, qui utilisaient diverses approches.

3.2.2.5. L'alimentation

L'alimentation restait un sujet « survolé » (P6), et peu « abordé »(P9). Selon les patients, « pas grand-chose » (P10) (P12) (P14) (P6) n'avait été abordé sur ce sujet, mais le patient P10 justifiait cela par le fait que son médecin le « connaît très bien ».

Des difficultés lors du retour à domicile avaient été mises en avant par rapport « à Corbie » (P1) ou il y a un « suivi » (P1). Le patient P1 exprimait que ce n' «est pas toujours évident » malgré des connaissances sur ce « qu'il faut que je mange » et principalement le repas du « soir » où il avouait « je déconne un peu ».

Le principal conseil de la part du médecin traitant était de « faire attention » (P12) (P13) (P6) en insistant sur le fait de « continuer » (P11) (P13) (P6) ce qui a « été fait à Corbie » (P6).Le groupe d'aliment principalement mentionné était les « légumes » (P11) (P12) et le médecin insisté pour les patients ayant eu des conseils, sur le fait de ne pas avoir une alimentation trop « salée »(P4) (P7) mis en relation avec l'importance que cela peut avoir sur la « tension » (P5), une alimentation trop « grasse » (P4) (P12) et riche en « sucre ». Le patient P4 avait même reçu l'information de ne pas « manger trop de produits élaborés ». Malgré ces conseils, le patient P1 avouait avoir « bien compris » mais ne pas suivre toutes ces recommandations en spécifiant « c'est plus de ma faute que de la faute des autres ».

Pour finir, la surveillance du « poids » (P7) (P13) par le médecin ainsi que la discussion autour du « cholestérol » (P5) (P6) n'étaient mentionnés qu'à 2 reprises.

3.2.3. L'impact de la RCV sur la relation médecin traitant-patient

Certains patients comme P1 reconnaissait « je suis plus à l'écoute de ce qu'il me dit parce qu'il avait raison ». Il reconnaissait que son médecin lui avait « toujours parlé honnêtement ».

Dans le cas de P11 c'était le médecin traitant qui était maintenant plus à l'écoute car c'était « un problème que l'on n'abordait pas avant. Maintenant il faut le traiter aussi ». Deux médecins semblaient utiliser la technique de l'entretien motivationnel. En effet le médecin du patient P11 appuyait les bénéfices secondaires qu'il observait chez son patient depuis la RCV afin de l'encourager. « la dernière fois elle m'a vu, elle m'a dit ouais, ça se voit que j'ai fondu, j'ai bonne mine etc... » (P13). Tout comme le médecin du patient P7 qui encourageait son patient à ne « pas se laisser aller».

Pour plus de la moitié des patients, c'est-à dire pour les patients P2, P3, P4, P5, P6, P8,P9 P10, 12, P14 leur relation n'a en « rien » (P8) « été modifié »(P14), leur « relation n'a pas

changé » (P10). Le patient P3 avait l'avis le plus tranché et déclarait ne vouloir « rien de plus » de la part de son médecin traitant.

La grande majorité des patients considéraient avoir « appris beaucoup plus en rééducation vasculaire » et n'abordaient donc pas le sujet avec leurs médecins traitants (P14). Le patient P2 expliquait « moi il y a des choses que j'ai quand même gardé de Corbie, aussi bien l'alimentation, aussi bien tout ça, euh, j'ai gardé quand même des conseils de Corbie quoi, mais c'est tout ça vient de Corbie ». D'ailleurs pour le patient P4 son traitement cardiologique avait « été adapté par le service », donc « le médecin traitant n'a fait que d'appliquer les prescriptions ». Ils semblaient donc pour plus de la moitié des patients qu'ils discutaient « plus avec les spécialistes qu'avec le médecin traitant », afin de réajuster au mieux le traitement (P5).

Le patient P6 à l'extrême avouait même ne pas être « allé beaucoup voir le médecin » depuis sa sortie, par ce qu'il avait « un suivi à Corbie ». « Le gros suivi c'est à Corbie. Que ce soit nutritionnel, que ce soit tabacologique » (P6).

Ainsi, le ressenti des patients quant à l'impact de la RCV sur leurs relations avec le médecin traitant a été pour la quasi-totalité unanimes. Ils s'accordaient à dire qu'aucune modification dans la relation n'a été identifiée. Cependant, la notion d'une amélioration de l'écoute aussi bien de la part du patient que du médecin généraliste a pu être mise en évidence suite à la RCV.

3.2.4. Les attentes

3.2.4.1. Les conseils

La principale attente des patients était de pouvoir bénéficier de plus de « conseils » auprès de leurs médecins généraliste (P12). En effet 12 patients ont relevés cet item.

Le patient P11 semblait être à la recherche d'informations complémentaires sur les associations sportives. Par exemple « Je sais que maintenant il se prescrit des trucs de sport tout ça mais alors est-ce que c'est dans des endroits particuliers ? Nous, à la campagne il n'y a

pas forcément ce genre de chose quoi ». Dans cette réflexion on pouvait interpréter le désir de conseils sur ce sujet. Cependant il pensait que ce n'était pas « son domaine ».

Pour le patient P10 le fait de faire « un petit point [...] ça peut être que bénéfique », il disait « on va dire qu'il le fait quand même mais il pourrait aller encore un petit peu plus loin ».

Grace aux conseils le but des patients est de pouvoir « savoir la démarche à tenir » face à certains symptômes ou en fonction des différentes situations (P6). Dans ce sens, le patient P8 souhaitait des conseils afin de mieux « distinguer » ces symptômes et ainsi de faire la part des choses entre « ces maux de bras » et une symptomatologie de « crise cardiaque [...] au bras droit ».

A contrario certains patients comme P7 n'attendait « Rien, parce que... Parce que je suis assez grand pour savoir ce qu'il faut faire ou ne pas faire ». Pourtant plus loin dans l'entretien il attendait tout de même des conseils hygiéno-diététique « qu'elle détaille les règles de bonne conduite à suivre, l'alimentation, le sport... »

3.2.4.2. La motivation

La motivation restait une notion peu approfondie. Elle n'a été citée que par cinq patients. D'ailleurs ils constataient le manque de motivation. En effet, ces patients ne ressentaient « pas particulièrement » (P11) de prise en charge de la motivation par le médecin généraliste. Dans ce sens les patients P3 et P4 étaient claire vis-à-vis de cette question : « Il ne m'accompagne pas ». Malgré cette notion commune de ne pas être accompagné, des nuances de propos pouvaient être mises en évidence avec le patient P4 qui insistait sur le fait que son médecin « renouvelle les prescriptions et puis [...] bon c'est bien à la prochaine », tout comme P2 qui concluait par : « ce que je sais c'est de Corbie et puis c'est tout ». A contrario, le patient P3 était plus nuancé dans ces propos et considérait que ce manque d'accompagnement était dû au fait que le médecin traitant lui faisait « confiance [...] sachant que si il y avait un problème », il « le contacterais ».

Un seul patient de l'étude a clairement exprimait que le médecin généraliste « n'est pas là pour accompagner sur ces choses-là » (P8) étant donné qu'il y avait « le cardiologue » (P8).

3.2.4.3. Plus de communication

Dans certains entretiens, le manque de communication était un vrai reproche du point de vue des patients. Pour P12 il disait de son médecin traitant « il me parle pas beaucoup ». Le patient P9 constatait « on explique le pourquoi on a passé la porte et puis je dirais que ça s'arrête là ». Pourtant la communication est la base de la relation médecin-malade. Les patients attendaient clairement de leurs médecins traitant « qu'il m'explique si il y a quelque chose [...] que je comprends pas » (P5).

Un échange entre le malade et le médecin devait selon le patient P7 se concentrer sur la reformulation et « éventuellement requestionner un petit peu ». Ce type de communication était mise en avant car très utilisée en médecine générale, afin de s'assurer de la bonne compréhension du patient.

Pour le patient P10 l'une de ses principales attentes était que son médecin traitant « échange davantage [...] parce que c'est vrai qu'on en parle peut être pas assez à mon goût ». P7 soulignait en effet que son médecin abordait « moins les problèmes de cœur que d'autres soucis ».

La communication était aux yeux des patients la pierre angulaire d'une relation de qualité avec le médecin généraliste. Ils attendaient donc plus d'échanges lors de leurs consultations et souhaitaient que le médecin s'assure de la bonne compréhension de leur pathologie cardiovasculaire.

3.2.4.4. Plus de temps

Lors des entretiens, les patients ont critiqué le temps de consultation. La patiente P8 constatait « elle n'a pas le temps. Il y a tellement de monde ». Elle désirait que les médecins généralistes aient plus de temps, et l'une des pistes envisagées était qu'il ait moins de patients. La patiente P8 critiquait la durée des consultations qu'elle évaluait à « un quart heure » ce qui est en effet la durée moyenne des consultations en médecine générale.

A contrario, le patient P3 considérait son médecin traitant comme « plus strict, il est plus pointu sur tout ça quoi. C'est-à-dire qu'au niveau auscultation, il prend son temps, il est

vraiment très pointu ». Cependant il notait « tant que le cœur ça va... Limite on blague plutôt qu'autre chose mais ... »

Au total sur cette partie nous n'avons pu recueillir que deux avis, qui étaient en plus divergents, aucune conclusion n'a pu en être tirée.

Ce temps de consultation à réenvisager servirait, selon les patients, à pouvoir s'assurer de la bonne compréhension de leurs pathologies. Leur souhait principal étant, comme nous l'avions vu plus haut dans les résultats, de bénéficier de plus de communication. Celle –ci devrait s'appuyer sur l'interrogatoire, « qu'il me pose toutes ces questions et que l'on fasse un petit point même si il me connaît très très bien » (P10). Ce type de pratique est déjà celle pratiqué par bon nombre de médecins mais le désir des patients était d' « aller encore un petit peu plus loin » (P10).

3.2.4.5. La réassurance

Si l'on approfondi l'item de la communication, notre étude a permis de mettre en évidence que seul deux patients attendaient de leurs médecins généralistes une réassurance. P13 attendait qu'elle lui « dise que tout va bien quoi », quand a P9 il souhaitait que son médecin puisse « répondre aux questions quand j'aurais une inquiétude par rapport à tel ou tel ennui »

Paradoxalement le fait de « diminuer les traitements en allant si ça va » réassurer le patient par rapport à la gravité de sa pathologie (P14). Au total deux patients souhaitaient que leurs médecins généralistes arrêtent « certain médicament » (P13).

3.2.4.6. L'obligation de résultats

Pour le patient P2, l'obligation de résultats se doit de bénéficier d'une obligation de moyens par « des prises de sang régulières », il critiquait le fait de les avoir « parce que je les demande. Pis j'en ai déjà fait faire à mon compte ».

En effet, dans ce contexte de surveillance et de prévention tertiaire, l'obligation de résultats passait aussi par le fait de poursuivre les efforts mis en place en RCV. « Comme le temps passe » on finit « par négliger un peu plus certaines choses », alors que c'est un travail « à long terme » (P7).

- ***Une prise en charge globale***

L'omnipraticien dans sa définition est censé être « la première chaîne du maillon [...] s'il décroche quelque chose [...] il doit m'envoyer vers la personne concernée » (P11). Seulement trois patients ont eu cette réflexion, mettant en avant leur attente d'une prise en charge globale, rapide, efficace et « plus pointue » (P11). P11 appuyait cette idée plus loin dans son entretien en expliquant « je le vois régulièrement donc je pense qu'à chaque fois on aborde un peu tous les sujets ». Pour P4 par contre le médecin généraliste se devait « si il remarquait qu'il y avait un laisser-aller » d'intervenir. En effet le rôle du médecin généraliste n'est pas que de diagnostiquer et de prescrire mais aussi de penser aux « questions parallèles [...] qui font pourtant partie de la pathologie (P9).

Au total seuls ces patients mettaient en avant comme attentes, de reconsidérer le médecin généraliste comme un élément central de leur prise en charge.

3.2.4.7. Le remboursement des frais de santé

Un seul patient P2 avait mis en évidence un facteur économique, il considérait « on est de moins en moins remboursé ».

Notre système économique dans ce contexte de pathologies considérées comme des affections longues durées, prend en charge 100% des dépenses de soins de santé qui en résultent. Cependant P2 semblait constater être « de moins en moins remboursé », il concluait « les docteurs en font de moins en moins un, et on paie de plus en plus » (P2). Il faut noter que c'est ce même patient qui faisait ses prises de sang en externe.

3.2.4.8. Un nouveau mode de pratique

La position du patient dans la relation médecin/ malade a aussi fait l'objet d'une interrogation. On distinguait bien la perte de repères chez les patients. Les patients, dans notre modèle actuel, deviennent de plus en plus acteur de leur consultation. Le patient P9 se demandait « il n'y a aucune de toutes ces questions-là qui soient abordées avec mon médecin. Alors est-ce que c'est à moi de les provoquer ou est-ce que c'est plutôt à lui de me les conseiller ? »

Il était aussi important de noter que le système de parcours de soins coordonnés en France semblait être remis en question. La position centrale du médecin généraliste était très partagée. Trois patients considéraient que leurs médecins généralistes se devaient « s'il décèle quelque chose de m'envoyer vers la personne concernée » (P11). Pour ses trois patients une prise en charge globale était possible grâce à la centralisation des données. Pourtant aucun patient ne nous a cité un dossier médical partagé. L'idée semblait cependant transparaître à travers les entretiens. Le patient P2 critiquait le fait d'avoir dû faire « des photocopies », il disait « mon cardiologue il ne l'a pas reçu » en parlant de son courrier d'hospitalisation lors de son séjour en RCV.

Par contre pour les patients P3, P4, P5 le parcours de soins coordonnés par le médecin généraliste semblait être une perte de temps. Le patient P5 considérait « c'est plus rapide d'avoir directement le cardiologue que de passer par le docteur. Parce que le docteur je vais l'appeler, il faudra que je l'ai et puis elle me dira d'appeler l'hôpital Sud donc autant appeler directement ». Cette phrase se devait d'être pondérée car seul le contexte d'urgence était mis en avant, le suivi chronique n'a pas été abordé par le patient malgré les relances.

De plus l'une des idées émises par le patient P6 méritait d'être mise en lumière. L'une des clefs du séjour en réadaptation cardiovasculaire, résidant dans le fait d'un suivi optimal par une équipe de soins, était résumée par le patient par le fait d'être « cocooné ». Il pensait que bon nombre de patients devait avoir la sensation d'être « un peu livré à nous même, je pense qu'on aurait besoin d'un peu de continuité ». Afin de poursuivre les soins, dans la même optique il émettait l'idée « de faire une visite par mois obligatoire ».

Enfin, la couverture médicale du territoire a aussi été abordée par le patient P11, la réflexion qui en ressortait était intéressante. Nous savons que des efforts non négligeables sont en train d'être mis en place pour que tous les patients puissent avoir accès à des associations

différentes, le travail qui est encouragé vise à ne plus les centraliser uniquement près des CHU. Cependant, notre étude nous a permis de démontrer que bien que ces structures existent elles sont encore méconnues des patients et des médecins généralistes. P11 s'interrogeait « je sais que maintenant il se prescrit des trucs de sport tout ça, mais alors est-ce que c'est dans des endroits particuliers ? Nous, à la campagne il n'y a pas forcément ce genre de chose ».

3.2.5. L'ambivalence des attentes

Une certaine ambivalence dans les attentes ressortait de l'étude chez presque la moitié des patients (6 patients). Le patient P1 illustre clairement cette notion. En effet, il souhaitait que son médecin traitant l'« informe » sur sa pathologie et ses complications et parallèlement avouait que ce dernier remplissait ce rôle d'information et de prévention car l'ayant prévenu de faire « attention » devant plusieurs anomalies sur les « prises de sang ».

Les patients P4 et P8 partageaient le même point de vue et la même ambivalence. Ils attendaient de leur médecin traitant qu'il « puisse intervenir » (P4) si « il remarquait [...] un laisser-aller et que finalement il y avait une dérive » (P4). Ils souhaitaient également bénéficier de plus d'« explications » (P8) de la part du médecin traitant, mais à contrario considéraient que le médecin généraliste « n'est pas là pour accompagner sur ces choses-là comme on a le cardiologue » (P8). P4 concluait par cette phrase : « Je veux pas dire qu'il n'est pas compétent, mais j'attendrais plus d'un cardiologue ».

Une certaine part de cette ambivalence pouvait être expliquée par la présence de tabou dans la relation médecin-patient. En effet, les propos du patient P9 imageaient très bien cette notion vis-à-vis de la consommation d'alcool. Il avouait ne pas avoir « de questions spécifiques à demander à mon médecin » mais profitait de l'entretien pour nous questionner « comme c'est des sujets qui ne viennent pas avec mon médecin ».

P6 abordait une notion majeure en médecine générale, à savoir la « continuité » des soins. Il mettait en avant l'importance de bénéficier en post rééducation cardio-vasculaire « de plus de relation » avec le médecin traitant et exprimait le désir d'avoir « des rendez-vous obligatoires » à raison de « un par mois ». Cependant il confiait ne « pas retourner de façon périodique chez le médecin pour suivre mon diabète, mon cholestérol » probablement « par routine » mais concluait qu'« à la limite c'est plus moi qui ne suis pas allé ».

P6 exprime clairement les difficultés qu'on les patients atteints d'une pathologie chronique, partagé entre l'envie de maintenir les acquis de la réadaptation par une continuité de la prise en charge avec leur médecin traitant mais parallèlement rattrapé par les habitudes de vie.

3.2.6. Des attentes qui diffèrent en fonction de l'interlocuteur

Dans notre script d'entretien, seul des questions sur les attentes envers le médecin traitant étaient posé directement. Il faut donc noter que les autres intervenants cités par les patients, l'étaient spontanément.

▪ Cardiologue

A travers cette étude nous avons pu mettre en évidence que le cardiologue, dans un contexte de RCV, avait un rôle majeur pour les patients, et leurs attentes sont donc nombreuses. En effet le patient P12 expliquait clairement « Le cardiologue, il me donne plus de conseils que le docteur ». Cette notion était aussi reprise par le patient P5 « Je pense qu'on discute plus avec les spécialistes qu'avec le médecin traitant ». Le patient P13 était lui aussi du même avis « c'est plus avec le cardiologue, que je me sens plus libre, que je parle mieux avec ». Selon ce même patient, le médecin généraliste perd son rôle de prescripteur « c'est le cardio au niveau médicaments ». Tout comme pour la rapidité de la prise en charge, le patient mentionne son médecin traitant uniquement comme un intermédiaire. « Parce que moi, j'ai le professeur Leborgne, il m'a donné son numéro de téléphone et il m'a dit : « si jamais ça ne va pas, vous hésitez pas, vous m'appellez ». Il considérait comme « plus rapide d'avoir directement le cardiologue que de passer par le docteur. Parce que le docteur je vais l'appeler, il faudra que je l'ai et puis elle me dira d'appeler l'hôpital Sud donc autant appeler directement ».

Le seul point négatif qui avait été mis en avant, était le délai d'attente « le problème c'est que les rendez-vous étaient de l'ordre de 6 mois » (P3).

Pour conclure cette partie, le cardiologue faisait donc l'objet de plus d'attentes, au niveau du suivi, mais aussi en tant que prescripteur, il était considéré comme étant « toujours pointu, très affuté » (P3), la présence de matériel le rendait « plus à même de diagnostiquer » (P4) par rapport au médecin traitant qui « à part son tensiomètre il n'a rien d'autre » (P4). « Il ne fait

pas d'électro, il ne fait pas d'écho, il n'a pas d'épreuve d'effort, il n'a rien quoi, donc là, le médecin traitant doit se référer au cardiologue quoi » (P4).

En opposition à ces 5 premiers patients, seul le patient P8 concluait avec le cardiologue « c'est très rapide, il parle à son « machin » (dictaphone) et puis à vous il ne vous dit rien ».

- **Le service de RCV**

Les patients, tout comme nous l'avons déjà vu précédemment, s'accordaient à dire que leurs attentes se focalisaient essentiellement sur l'unité de RCV. En effet pour P6 « Le gros suivi c'est à Corbie. Que ce soit nutritionnel, que ce soit tabacologique. C'est peut-être pour ça que je ne suis pas allé beaucoup voir le médecin d'ailleurs. C'est parce que j'ai un suivi à Corbie». Le patient P7 reconnaissait aussi « j'attends pas grand-chose de plus de mon médecin traitant», il poursuivait « elle peut éventuellement requestionner un petit peu ».

4. DISCUSSION

4.1. Discussion de la méthode

4.1.1. Choix de la méthode

Nous avons décidé de choisir une méthode qualitative, afin de comprendre les attentes des patients auprès de leur médecin généraliste après une RCV. Ce type d'objectif répondant à la question « Pourquoi ? », le choix de la méthode qualitative était donc évident. En effet le choix de la méthode découle directement de la question de recherche initiale.

Par projection, la méthode qualitative permettait de « comprendre des processus, dans des situations uniques et/ou fortement contextualisées » (17).

4.1.2. Choix de l'entretien

Nous avons décidé du choix de l'entretien semi-dirigé afin de recueillir un maximum d'avis différents sur les attentes des patients. Les entretiens étaient individuels car nous préférons rencontrer les patients directement à domicile ou dans le service de réadaptation cardiovasculaire de Corbie, afin de faciliter la discussion. De plus, nous souhaitons que les patients soient critiques envers leurs médecins généralistes et le service de RCV, d'où l'intérêt de les rencontrer seul à seul.

4.1.3. Recrutements des patients

Le recrutement des patients a été fait de sorte à recueillir un échantillon varié. Cependant nous ne disposions que d'une courte période de recrutement, de janvier 2018 à juillet 2018. De plus, seuls les patients ayant réellement bénéficié de 4 à 6 semaines de RCV et étant sortie depuis plus de 3 mois ont été inclus.

Deux autres points importants pouvaient aussi être discutés. Le premier, lors du recrutement téléphonique et au début de chaque entretien, je me suis présenté en tant que médecin remplaçant réalisant une thèse de médecine générale. Le fait est que cette donnée a pu modifier quelque peu les réponses des patients. En effet, mon entretien avait pour but de

comprendre quelles sont les attentes des patients ayant bénéficié d'une réadaptation cardio-vasculaire vis-à-vis de leur médecin traitant, dans la pérennisation des acquis de la réadaptation. Ainsi, ils ont peut-être tempéré certaines réponses, ne voulant pas exprimer clairement leurs points de vue sur leur médecin traitant, devant un futur médecin généraliste. Le deuxième point notable était un biais de sélection à travers la faible représentativité des femmes. En effet une seule femme a été recrutée alors qu'il existe une augmentation significative du nombre de femmes âgées de moins de 60 ans, touchées par un infarctus du myocarde (passé de 11,8 % en 1995 à 25,5 % en 2010) (19). Rappelons qu'en France plus de 120000 infarctus du myocarde sont recensés chaque année avec environ 18000 décès qui pour plus de la moitié concerne les femmes.

La Fédération française de cardiologie (19) précise également que les femmes sont moins nombreuses à suivre un programme de rééducation cardio-vasculaire, provoquant inéluctablement un risque accru de refaire un accident cardio-vasculaire dans l'année qui suit leur crise cardiaque.

4.1.4. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés dans des lieux calmes et seul à seul afin de créer une atmosphère favorisant la liberté de parole pour les patients et d'éviter un effet de soumission au groupe. Cette façon de procéder a été très importante car notre travail s'appuyait sur le ressenti des patients.

Nous avons effectué 14 entretiens sur une durée de 9 mois. 11 entretiens se sont déroulés au domicile des patients, et 3 entretiens dans le service RCV de Corbie, dans le bureau de mon directeur de thèse. Après analyse le fait d'avoir effectué ces 3 entretiens directement dans le service de RCV a probablement interféré à minima dans certaines réponses.

4.1.5. Méthode d'analyse des entretiens

La méthode d'analyse a été effectuée par N'vivo 12. Afin de limiter au maximum le biais d'interprétation, les 14 entretiens ont été triangulés avec un médecin généraliste extérieur à notre étude.

Enfin, la revue de la littérature a été faite après le recueil de données afin d'éviter un biais de préconception.

4.1.6. Biais de l'étude

Premièrement, le manque d'expérience et de formation dans le domaine de l'entretien de l'intervieweur devait être pris en compte. J'ai effectué tous les entretiens, après avoir testé préalablement mon questionnaire sur mon entourage. Malgré cela on pouvait constater que l'aisance lors des échanges avec les patients a été progressive, ce qui a pu altérer la qualité des premiers entretiens.

Deuxièmement, un biais cognitif a pu être observé. Les patients ont souvent eu des problèmes de compréhension face au script. Ils ont parfois utilisé un langage non-adéquat par rapport à ce qu'ils voulaient véritablement dire. Afin de limiter ce biais, nous avons utilisé tout au long des entretiens la technique de « reformulation ».

Pour finir, la question de la neutralité lors des entretiens peut être discutée. Comme nous l'avions déjà vu plus haut, la position de futur médecin généraliste de l'intervieweur a pu orienter certaines réponses. En effet, toute la dimension du « non verbale » prend son sens dans un entretien individuel.

4.2. Discussion des résultats

Pour la discussion des résultats nous avons fait le choix de l'articuler en trois parties, tout comme le plan du script, en s'intéressant tout d'abord au FDRCV, puis à l'éducation thérapeutique, et enfin aux attentes des patients.

4.2.1. Discussion autour des FDRCV modifiables

Nous avons fait le choix dans cette étude de traiter le diabète, les dyslipidémies et l'obésité sous l'item « alimentation ». La sédentarité a été abordé à travers l'activité physique. Le stress ainsi que le tabac et l'alcool ont fait l'objet de sous questions spécifiques. Seule l'hypertension artérielle n'a pas fait l'objet d'une question spécifique mais peut-être identifié à travers les réponses des patients dans la partie « Résultats- alimentation 3.2.2.5 » de cette thèse.

L'alimentation

A travers les résultats de notre étude, le sujet de l'alimentation en médecine générale restait peu, voir pas abordé. C'est en effet ce que déclaraient presque la moitié des patients interrogés (6 patients sur 14). Une thèse menait à Lille sur les besoins et les attentes des patients sur l'éducation nutritionnelle par leurs médecins généralistes appuie nos résultats (20). Elle montrait que seulement ¼ des patients considéraient que le médecin traitant était la première source d'information diététique.

En principe notre population aurait dû être plus sensibilisée à cette notion de l'alimentation après leur événement cardio-vasculaire et leurs passages en RCV, pourtant cela n'a pas pu être mis en évidence. Le sujet de l'alimentation nécessite donc un travail de fond, sur le long terme, via l'éducation thérapeutique et ne peut pas se résoudre aux consultations diététiques de la phase 1 et 2, mais via un suivi durant toute la vie du patient coronarien.

De plus, seul 2 patients nous ont confiés avoir été pesés par leur médecin généraliste dans le but d'une surveillance de leurs poids. Pourtant, selon la thèse quantitative de Lucie Labbe (21), basée sur 485 questionnaires et visant à évaluer les attentes des patients concernant les

conseils nutritionnels par le médecin généraliste, 90% des patients souhaitaient être pesés par leur médecin et recevoir des conseils alimentaires.

Parallèlement, trois quarts des médecins généralistes interrogés par l'Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes (22), considéraient que l'éducation nutritionnelle était de leurs responsabilités, même en l'absence de demande des patients. Cependant, ils invoquaient régulièrement le manque de temps pour aborder ces sujets (23, 24, 25).

Notre étude nous a donc permis de mettre en avant une discordance entre les attentes des patients sur ce sujet d'une part et la réalité des consultations chez leurs médecins traitant d'autre part. Elle nous a également montré que la notion d'alimentation restait une question complexe car touchant la santé d'une part mais ayant aussi une dimension culturelle et familiale d'autre part.

L'activité physique : Place du médecin généraliste mal visualisé par le patient.

Notre étude a mis en évidence un rôle mineur ainsi qu'un sentiment d'impuissance, selon les patients, quant à la prise en charge de l'activité physique par le médecin généraliste.

Cette constatation était bien en accord avec la thèse qualitative intitulé : « Evaluation de l'activité physique en médecine générale » (26), qui mettait en évidence que l'activité physique était dans la majorité des cas peu abordée par les médecins généralistes en l'absence de demande du patient.

Cela pouvait s'expliquer par un manque de connaissances des médecins généralistes qui ne disposaient d'aucun module d'enseignement sur l'activité physique lors de leur cursus. Ils devaient donc apprendre lors de formations continues ou par le biais du dialogue avec des interlocuteurs comme les médecins de réadaptation cardio-vasculaire ou les cardiologues. Pour faire face à ce manque de formation, ils s'appuyaient sur leurs expériences personnelles et le bon sens. Cette problématique n'était pas propre à la France comme l'ont mise en évidence de nombreuses études Anglo-Saxonnes. Ainsi selon Walsh et al., deux tiers des médecins interrogés estimaient leurs connaissances inadaptées pour conseiller de l'activité physique à leurs patients (27).

Cependant, dans une étude de l'INPES intitulée : « Baromètre santé médecins généralistes » (28), plus de deux tiers des médecins généralistes considéraient que la prévention dans le

domaine de l'activité physique faisait partie de leur rôle. Il existait donc à nouveau une discordance entre le ressenti des patients d'une part et ceux des médecins généralistes d'autre part.

Lors de nos entretiens, seul trois médecins généralistes auraient conseillé la pratique de la marche à pied à leurs patients. Hors, il semblerait que ce soit l'activité physique la plus prescrite en médecine générale selon une étude menée dans la région Auvergne sur l'AP dans la prise en charge du diabète (29) (activité prescrite chez 9 patients diabétique sur 10). Selon Chapis (30), 98.7% des médecins traitants conseillaient cette activité en première intention, tout comme une étude australienne (31).

Cette dissonance pourrait s'expliquer par le fait que ce conseil était peut être délivré aux patients, sans que celui-ci ne nous l'ai retransmis lors des entretiens.

Le stress

Le sujet du stress causait par la survenue de l'évènement cardio vasculaire à fait l'objet d'une sous question de notre script. Cela a mis en évidence que ce sujet n'était pas abordé avec le médecin pour 6 patients de l'étude.

Ce sujet aurait mérité d'être plus approfondi devant le lien existant entre le profil psychologique d'un individu et la survenue d'un évènement cardio-vasculaire.

Malgré le fait que notre étude n'aborder pas la notion de dépression mais uniquement celle du stress causé par l'évènement cardio-vasculaire, il nous a semblé intéressant de discuter l'impact de la dépression dans la pathologie cardio-vasculaire. Ainsi une étude menée chez 881 patients hospitalisés en psychiatrie (32), montrait que le risque de survenue d'un infarctus du myocarde chez les patients dépressifs était 8 fois plus important que chez les patients hospitalisés pour d'autres troubles psychiatriques.

A l'inverse, une étude réalisée par le service de cardiologie de l'hôpital Antoine Béclère avait mis en évidence un risque de dépression multiplié par 3 pour les patients victime d'un accident coronarien (33).

Toutes ces données montraient l'importance d'une détection et d'une prise en charge optimale du syndrome anxiodépressif en médecine générale.

L'alcool et le tabac : Les grands absents des consultations

Dans notre étude, il a été mis en évidence que 9 patients sur 14 n'abordaient pas la problématique de la consommation d'alcool en post réadaptation cardio-vasculaire avec leur médecin généraliste. Cette notion était retrouvée dans diverse littérature comme dans « Parler d'alcool reste un sujet tabou » (34) ainsi que dans l'étude « Baromètre santé médecins généralistes » (35) qui mettait en avant la difficulté qu'ont les médecins généralistes à traiter le sujet de l'alcool avec leur patient. Les médecins généralistes reconnaissaient pourtant avoir un rôle prépondérant dans la prévention (36) (37).

Parmi ces 9 patients de notre étude, plus de la moitié mettaient en avant le fait que le sujet n'aurait pas été abordé lors des consultations car ils ne consommaient pas d'alcool, raison pour laquelle leur médecin traitant n'abordait pas le sujet. Cette déclaration était en accord avec la réponse des médecins généralistes des études sus-cité qui déclaraient pour 72.7% d'entre eux, aborder la consommation d'alcool uniquement avec les patients qu'ils considéraient à risque.

Ceci pourrait s'expliquer également par le fait qu'en France la consommation d'alcool est banalisée et mise en relation avec le « côté festif » et ainsi rend complexe la mise en place d'un processus de dénormalisation.

Tout comme la consommation d'alcool, 11 patients sur 14 exprimaient que la problématique du tabac n'était pas abordée par leur médecin traitant en consultation car ils ne fumaient plus ou ne fumaient pas. Ces résultats allaient à l'encontre de ce qu'exprimaient les médecins généralistes dans une enquête intitulé « Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention » (38), mené de novembre 2008 à janvier 2009 auprès d'un échantillon représentatif de plus de 2000 médecins généralistes. Ils déclaraient que parler du tabagisme était facile pour près de neuf médecins sur dix et une majorité de médecins (63,2 %) abordaient cette question au moins une fois avec chaque patient.

Le sommeil

Pour la moitié des patients de l'étude, la problématique du sommeil n'a pas été abordée en consultation par le médecin traitant. Seul un patient a déclaré que son médecin généraliste a abordé directement le sujet. Ces résultats montraient que la problématique du sommeil en consultation de médecine générale restait un sujet non prioritaire. Dans ce sens, une étude incluant 256 médecins Bretons (39) a mis en évidence que les troubles du sommeil restaient des plaintes secondaires en consultation. Devant ce résultat il semblerait donc nécessaire que le médecin traitant aborde au moins une fois cette problématique pour qu'elle ne soit plus une plainte secondaire.

4.2.2. Discussion autour de l'éducation thérapeutique

Selon les patients, les FDRCV ne sont pas ou peu abordés par leurs médecins généralistes. Il était donc logique que la notion d'éducation thérapeutique n'est pas été mentionnée.

La motivation du patient à prendre en charge sa pathologie cardio-vasculaire par le médecin, restait également une notion peu approfondie pour presque la moitié des patients de l'étude. Ces résultats étaient à mettre en confrontation avec l'étude réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé de Midi Pyrénées en juin 2010 (11). Cette étude évaluait la pratique de l'éducation thérapeutique chez 167 médecins généralistes en Midi Pyrénées (étude ayant diffusée le questionnaire à 600 médecins généralistes initialement). Elle révélait que 71.1% des médecins généralistes connaissaient le concept d'éducation thérapeutique et 80% d'entre eux déclaraient pratiquer l'éducation thérapeutique en consultation. Cependant, seulement un quart d'entre eux ont suivi une formation sur l'éducation thérapeutique. Cette étude mettait en évidence également que 61.5% des médecins généralistes réalisaient l'éducation thérapeutique seuls, au cabinet. Il existait donc bien une nouvelle discordance de points de vue entre les patients et les médecins généralistes quant à la pratique de l'éducation thérapeutique. Notons tout de même que dans l'étude de l'Observatoire Régional de la Santé de Midi Pyrénées seul 167 médecins généralistes sur 600 ont répondu au questionnaire soit une participation d'environ 28% pour l'ensemble des médecins. Il était donc probable que les médecins ayant répondu soit plus intéressés par le sujet de l'éducation thérapeutique et donc plus enclins à la pratiquer.

Il était important de souligner que le sujet de « l'observance » du patient, qui fait partie intégrante de l'éducation thérapeutique, n'a pas fait l'objet de question dans notre script. En effet nous comptions sur le fait que cette notion ressorte spontanément lors des entretiens mais force est de constater que ça n'a pas été le cas. Nous aurions probablement dû la traiter de façon spécifique lors d'une question dédiée.

4.2.3. Les attentes des patients dans la pérennisation des acquis de la RCV

Les conseils sur la pathologie cardio-vasculaire : L'attente prédominante

La grande majorité des patients de l'étude (12 patients sur 14) souhaitaient bénéficier de plus de conseils de la part de leurs médecins traitants vis-à-vis de leur pathologie cardio-vasculaire.

Ils désiraient plus d'informations afin de mieux s'approprier leur maladie chronique dans le but de distinguer de façon plus juste et plus rapide une symptomatologie cardiaque, nécessitant une prise en charge en urgence.

De façon générale, cette notion était en accord avec bon nombres d'études. Une enquête menée en Rhône-Alpes (40) montrait que malgré la satisfaction d'un grand nombre de patients vis-à-vis des explications données par le médecin généraliste, 71% souhaitaient obtenir davantage d'explications sur « les maladies ». En effet, lors d'une autre étude sur le point de vue des patients, l'obtention d'information sur le problème de santé était la priorité principale pour près de 80 % des patients (41). Cette notion était aussi retrouvée dans plusieurs études étrangères (42) (43) (44).

En pratique

D'un point de vue pratique, plus de la moitié des patients de l'étude ont présenté des difficultés à interpréter leurs symptômes, ce qui pourrait occasionner un retard de prise en charge. La majorité des patients n'avaient pas le réflexe de contacter en priorité par téléphone le SAMU lors d'apparition de symptômes évocateur d'infarctus du myocarde. Cette notion rejoignait l'étude de l'observatoire stent for life de 2011 (45), mettant en évidence que, malgré les campagnes d'information, moins d'un français sur deux avait le réflexe d'appeler

en priorité le 15 en cas d'infarctus du myocarde. Comme l'expliquait le Pr Martine Gilard, «Encore trop de patients ont le réflexe d'appeler leur médecin généraliste, SOS Médecins, ou leur cardiologue. Le réflexe du 15 n'est pas encore entré dans les mœurs ». Rappelons que cette étude a recruté en deux vagues de 1 mois, dans les centres de 5 départements (Essonne, Nord, Haute-Garonne, Haute Savoie et Cote d'Or) 460 patients ayant eu un IDM de moins de 48h.

Après un séjour en RCV, les patients sont censés avoir acquis des compétences, afin de mieux réagir, face à ce type de situation. Pour autant les données de notre étude rejoignent celle d'une population n'ayant pas bénéficié d'une phase 2. Nous sommes donc en droit de nous demander, comment améliorer la prévention tertiaire ?

Le temps de consultation en médecine générale : Une attente peu abordé

La durée des consultations avec « le temps » accordé à celle-ci, n'est pas une attente majeure pour les patients de notre étude. En effet, seul 2 patients sur 14 ont mis en évidence cette notion. Ce résultat n'est pas concordant avec ceux obtenus dans différentes études sur les attentes des patients. Dans la littérature, la notion de temps fait partie des items les plus importants, tous pays confondus (46). En France, le temps que le médecin accordait à la consultation, faisait partie des 5 items les plus importants pour les patients (47). En Norvège, une étude par focus groups retrouvait l'importance pour les patients du temps accordé par le médecin (48).

Dans ce sens, une étude française, réalisée dans la Vallée de la Fensch et du pays Haut Lorrain, montrait que 42 % des patients considéraient que le médecin généraliste était plus disponible que les autres médecins (49). Malgré tout, 32% des patients souhaitaient que le médecin prenne plus de temps pour les écouter et 31% pour les examiner. Dans une étude réalisée auprès de la population générale française en 2008, 61 % des répondants considéraient que les médecins généralistes accordaient assez de temps à chaque patient, mais ils étaient malgré tout 30 % à attendre une augmentation de ce temps (50).

L'impact de la RCV sur la relation médecin traitant-patient.

Les attentes des patients face à leurs médecins traitants découlent de la relation qu'ils entretiennent. Cette relation est sans cesse modifiée par les différents événements de vie du patient, mais aussi du médecin. Il était donc évident de travailler sur la modification de la relation médecin traitant- patient en post RCV.

La majorité des patients (10 patients sur 14) exprimaient le fait que leur passage en RCV n'a en rien modifié la relation avec leur médecin traitant. Certains mettaient même en avant le fait d'avoir appris beaucoup plus sur leur pathologie lors de leur RCV que lors de leurs discussions avec leur médecin traitant. Nous n'avons retrouvé aucune étude lors de notre recherche bibliographique sur ce sujet et ne pouvons donc pas comparer ce résultat.

Néanmoins il serait probable que les patients interrogés n'évoquent aucun changement dans cette relation justement par le fait d'avoir bénéficié d'une RCV et d'avoir ainsi la sensation de ne plus avoir besoin d'informations supplémentaires. Il serait par conséquent moins enclin à apprécier un éventuel changement de discours ou comportement de leur médecin traitant.

Il pourrait être intéressant de comparer ce résultat à une population n'ayant pas intégré un programme de rééducation cardio vasculaire.

A contrario, cette absence de modification dans la relation médecin généraliste-patient pourrait venir du fait que le médecin traitant considérant que le patient a bénéficié d'une rééducation cardio-vasculaire, nécessite moins d'attention car ayant eu tous les conseils appropriés. Par conséquent, son discours envers le patient ne serait en rien modifié.

Une prise en charge globale par le médecin traitant: Une attente peu retrouvée.

En effet, la position centrale du médecin généraliste dans la prise en charge post RCV, semblait être remise en question et faisait l'objet d'avis partagés. Pour 3 patients de l'étude le médecin traitant avait comme rôle de centraliser les informations et de rediriger le patient vers le spécialiste adapté en cas de besoin.

A l'inverse, pour 3 autres patients, le parcours de soins coordonnés par leur médecin semblait être une perte de temps.

Cette divergence d'opinions pouvait s'expliquer par la prise en charge initiale de la pathologie cardio vasculaire par le médecin traitant. En effet les patients ayant bénéficié d'un diagnostic rapide et ayant été correctement orienté par le médecin traitant, n'ont pas eu l'impression de perte de temps et de chance et ainsi étaient plus enclin à placer le médecin traitant au centre de leur prise en charge. A l'inverse, les patients ayant eu, à leur sens une prise en charge moins efficace, n'avaient que peu d'attente vis-à-vis de leur médecin généraliste.

4.2.4. Discussion autour de l'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est défini par l'HAS comme « un outil d'accompagnement de nos malades chroniques dans le changement, basé sur l'écoute active et une attitude empathique ».

Il a donc toute sa place dans la consultation de médecine générale, en post RCV, devant l'importance d'aborder avec le patient un changement de comportement influençant la santé (FDRCV modifiables entre autre). Seulement deux patients dans notre étude ont identifié chez leur médecin traitant, des techniques pouvant faire référence à l'entretien motivationnel. La notion globale de « motivation » n'a été mentionnée que par un tiers des patients. D'ailleurs, la majorité des patients ne plaçaient pas ce sujet au centre de leurs attentes.

Ce ressenti des patients pourrait s'expliquer par le fait que les médecins généralistes et futurs médecins généralistes présentent un manque de formation en terme d'entretien motivationnel.

Il est cependant noté depuis quelques années, un désir de la part des DMG d'accorder une place plus importante à l'entretien motivationnel dans la formation des internes de médecine générales. Ainsi en 2012-2013, 30% des DMG Français effectuaient un enseignement en entretien motivationnel (51). Dans une thèse réalisée par Hugo HOURS sur l'état des lieux de la formation à l'entretien motivationnel durant le diplôme d'étude spécialisé de médecine générale en France en 2016-2017 (52), 81% des DMG interrogés rapporté la présence de l'entretien motivationnel dans leur enseignement (participation de 91% des DMG de France à cette étude). Cependant, cette étude notait une importante hétérogénéité dans les enseignements d'un DMG à l'autre. Les durées variaient de 15 minutes à 21 heures sur l'ensemble du DES.

Cette pratique tend à se développer dans la formation médicale mais mettra encore plusieurs années avant d'être utilisée par l'ensemble des médecins généralistes. Car, comme nous l'avions vu, le manque de temps est une problématique importante en médecine générale et que le principal frein à l'entretien motivationnel est l'allongement des temps de consultation. Dans ce sens une étude quantitative descriptive auprès de 19 médecins généralistes morbihannais en décembre 2015 démontrait que pour 61% des médecins généralistes la durée des consultations était identifiée comme le frein majeur à ce type de pratique (53).

5. CONCLUSION

Notre étude nous a permis de mettre en avant une ambivalence importante en ce qui concerne les attentes des patients par rapport à leur médecin généraliste dans le maintien des acquis après un séjour en RCV. Les patients n'attendaient « pas grand-chose » de leur médecin traitant, pourtant les attentes étaient multiples. Les patients interrogés ont pu mettre en avant l'importance de pouvoir bénéficier de conseils, grâce à une meilleure communication, et souhaitaient des consultations plus longues. De ces attentes, se dégagent aussi des réflexions sur un nouveau mode de pratique où le rôle du médecin généraliste était discuté et partagé.

Le principal frein, que décrivaient les patients lors de leurs consultations en médecine générale, était le manque d'écoute et de temps que leur accordaient leurs médecins généralistes. Les patients se tournaient donc plus facilement auprès de l'unité de RCV et de leurs cardiologues afin de répondre à leurs questions. Le second frein était l'incompréhension des patients quant à la prise en charge de leurs motivations par le médecin traitant. Dans ce sens, les patients n'identifiaient pas leur médecin traitant comme acteur moteur de leurs motivations à pratiquer une activité physique ou à maintenir les acquis de leurs RCV. Cependant, ils s'accordaient à dire qu'ils ne consultaient pas assez et ne suivaient pas forcément les conseils prodigués par l'unité de RCV et leurs médecins traitants. En parallèle, leurs médecins généralistes ne reprenaient pas systématiquement avec eux les différents items de travail pour la pérennisation de leurs acquis, tels que l'alcool, le tabac, l'alimentation, le sommeil, le stress, et l'activité physique. Ces items étant pourtant au centre de la prévention tertiaire, qui est un enjeu de santé primordial afin de diminuer la prévalence des incapacités chroniques.

A travers cette étude, deux pistes de travail émergent assez aisément. La première étant l'utilisation de l'entretien motivationnel dans l'éducation thérapeutique en médecine générale. Afin de mieux répondre aux attentes des patients, un socle de connaissances commun sur l'entretien motivationnel lors de la formation des médecins généralistes semble nécessaire.

La deuxième piste de travail est la valorisation des consultations de sortie d'hospitalisation. Les données de notre étude semblent encourageantes car les attentes des patients correspondent aux dispositifs actuels. Tout d'abord, avec la mise en place d'un séjour en RCV, puis avec le relais en médecine générale avec des consultations longues visant à faire le

point sur la sortie d'hospitalisation. Afin de mieux répondre aux attentes des patients et des médecins généralistes, des cotations particulières ont été créés ces dernières années avec la « MSH » et la « MIC ». Sur le papier, tous les outils sont bien présents pour répondre aux attentes des patients, mais ces consultations censées être plus longues sont-elles réellement pratiquées ? Dans le cas contraire, comment les valoriser ? La politique actuelle a fait du médecin généraliste, le coordinateur du parcours de soins ; mais les moyens qui lui ont été accordés ont peu évolué. La revalorisation financière seule ne semble pas pouvoir répondre aux attentes des médecins face aux demandes des patients qui se font de plus en plus exigeantes.

Enfin, notre étude révèle la question de la déresponsabilisation des patients face à leur pathologie. En effet, un seul patient a eu une vision critique de lui-même. Le patient est défini comme un acteur principal dans la prise en charge de sa pathologie dans notre système de santé. Comment faire dans le cas où il se déresponsabilise ?

6. BIBLIOGRAPHIE

1. France, Ministère des affaires sociales et de la santé (2016-....), Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Santé publique France. L'état de santé de la population en France: rapport 2017. 2017.
2. Fedecardio | Réadaptation cardiaque Phase 1 [Internet]. <https://www.fedecardio.org>. 2016 [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.fedecardio.org/Les-maladies-cardio-vasculaires/Vivre-avec-la-maladie/la-readaptation-cardiaque-phase-1>
3. Monassier J-P, Monassier L. Prise en charge du post-infarctus. /data/revues/07554982/00366-C2/999/ [Internet]. 1 mars 2008 [cité 15 mai 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/103345>
4. Guiraud T, Granger R, Gremeaux V, Bousquet M, Richard L, Soukarie L, et al. Accelerometer as a tool to assess sedentarity and adherence to physical activity recommendations after cardiac rehabilitation program. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* [Internet]. juill 2012;55(5):312-21. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877065712000814>.
5. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *The Lancet* [Internet]. mars 2009 [cité 15 mai 2019];373(9667):9294.Disponiblesur:<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673609603305>.
6. Haut Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient: Définition, finalités et organisation. juin 2007;
7. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases ; report of a WHO working group. Copenhagen; 1998. 77 p. (European health21 target 18, Developing human resources for health).
8. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004.

9. Pauchet-Traversat A-F, chef de projet service des recommandations professionnelles de la HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. juin 2007;
10. Saout C, Charbonnel B, Bertrand D, FRANCE. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. sept 2008;165 pages.
11. Bros B, Fontan G, Fostier P, Lafon F, Alias F. Pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées. juin 2010;32.
12. Naudin D, Gagnayre R, Reach G. Éducation thérapeutique du patient et concept de vicariance. L'exemple du diabète de type 1. Médecine des Maladies Métaboliques [Internet]. mai 2017;11(3):283-92. Disponible sur:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S195725571730069X>
13. Hobeika J-B, Hannequin A, Besson D, Lejeune C, Dedoncker A, Champmartin C, et al. Consultation pluridisciplinaire de suivi en éducation thérapeutique post-réadaptation cardiovasculaire : résultats d'une enquête de satisfaction. Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation [Internet]. déc 2015;35(4):233-7. Disponible sur:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0242648X15001231>
14. Collège de la Haute Autorité de Santé. GUIDE DU PARCOURS DE SOINS Maladie coronarienne stable. juill 2014;63.
15. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Paris: A. Colin; 2017.
16. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. 4. paperback printing. New Brunswick: Aldine; 2009. 271 p.
17. Giordano Y. Conduire un projet de recherche: une perspective qualitative. Cormelles-le-Royal: EMS; 2010.
18. Bertrand ME, Wallentin LC, Hamm CW, McFadden E, Feyter PJD, Specchia G, et al. Prise en charge des syndromes coronaires aigus chez les patients qui se présentent sans élévation persistante du segment ST. Eur Heart J. 2002;23:36.

19. FEDECARDIO | Risque cardio-vasculaire chez les femmes [Internet].
<https://www.fedecardio.org>. 2016. Disponible sur: <https://www.fedecardio.org/La-Federation-Francaise-de-Cardiologie/Nos-combats/le-risque-cardio-vasculaire-chez-les-femmes>.
20. Senez- Gadenne C. Education nutritionnelle : besoins et attentes d'une population. [Thèse de médecine]. Université Lille ; 2011, 132p.
21. Labbe L. Conseils nutritionnels par le médecin généraliste : attentes des patients. [Thèse de médecine]. Université Angers; 2016.
22. Gruaz D, Fontaine D. Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes. [Internet]. Disponible sur: <http://www.pieros.org/etude/medecins-generalistes-et-education-nutritionnelle-en-rhone-alpes/>
23. Lehr-Drylewicz A-M, Renoux C, Savan L, Lebeau J-P. La prise en charge du surpoids en médecine générale : mission impossible ? Exercer. 2010 ; n°94 : 130-135.
24. Fantino B, Fantino F, Dumont C, Nitenberg C, Delolme H. Pratiques préventives en médecine générale en région Rhône-Alpes. Sante Publique [Internet]. 2004 [cité 9 mai 2019];Vol. 16(3):551-62. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-3-page-551.htm>
25. Guerin R, Lasserre E, Moreau A, Guioux A, Le Goaziou M-F, Laville M, Letrilliart L. Surpoids de l'adulte jeune : le poids des mots, le choc des représentations. Exercer. 2008 ; n°84 : 135-141.
26. Tardy-Broucqsault A-S. Evaluation de l'activité physique en médecine générale, une étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2010.
27. Walsh JME, Swangard DM, Davis T, McPhee SJ. Exercise counseling by primary care physicians in the era of managed care. Am J Prev Med. mai 1999;16:307-13.
28. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. INPES; 2011 p. p.56-7.

29. Lanhers C, Duclos M, Guttman A, Coudeyre E, Pereira B, Ouchchane L. General Practitioners' Barriers to Prescribe Physical Activity: The Dark Side of the Cluster Effects on the Physical Activity of Their Type 2 Diabetes Patients. *PloS One*. 2015;10(10):e0140429.
30. Chapuis E. Barrières à la prescription de l'activité physique chez les patients coronariens par les médecins généralistes et influence sur les patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2017.
31. Bull FC, Schipper EC, Jamrozik K, Blanksby BA. Beliefs and behaviour of general practitioners regarding promotion of physical activity. *Aust J Public Health*. juin 1995;19(3):300-4.
32. Wulsin L-R, Singal B-M. Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosom Med*. avr 2003;65(2):201-10.
33. Colin P, Slama M-S. Fréquence des facteurs de risque psychosociaux dans l'angor stable, et différences entre hommes et femmes. 2000;4.
34. Bouix J.C., Gache P., Rueff B., Huas D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. *La revue du praticien – Médecine générale*, 2002 ; tome 16, n° 588 : p. 1488-1492.
35. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. INPES; 2011 p. p.56-7.
36. Michaud P., Gache P., Batel P., Arwidson P. Intervention brève auprès des buveurs excessifs. *La Revue du praticien – Médecine générale*, 2003 ; vol. 17, n° 604 : p. 281-289.
37. Sobell L.C., Sobell M.B. L'intervention brève au cabinet médical, une occasion unique de conseiller à propos d'alcool. *Alcoologie et Addictologie*, 2004 ; n° 26 (suppl. 3) : p. 6S-10S.
38. Gautier A, Fournier C, Beck F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. *déc 2011*;77.
39. Remy M. Freins au sevrage des somnifères en médecine générale. De la découverte de l'insomnie, de la prescription d'hypnotique, à la réalisation du sevrage. Enquête quantitative auprès des médecins généralistes de la région Bretagne. [Thèse de médecine]. 1 oct 2015

40. Olaya E, Barbedienne P, Bard P, Batard G, Chermand D, Granet G et al. Etude des mutations de la médecine générale. Etude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale : enquête auprès de la patientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes. juill 2005;123.
41. Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? Questions d'économie de la Santé. 2011;163:1-6.
42. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. Patients priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). Fam Pract. 1999;16(1):4-11.
43. De Lepeleire J, Creemers M, Van Tichelt K, Van Loon H. Patients' expectations of general practice: A pilot study. Arch Public Health. 2003;61(6):283-96.
44. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. Br Med J. 2001;322:1-7.
45. STENT FOR LIFE | Société Française de Cardiologie [Internet]. Disponible sur: <https://sfcardio.fr/stent-for-life/stent-for-life>.
46. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. Patients priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). Fam Pract. 1999;16(1):4-11.
47. Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? Questions d'Économie de la Santé. 2011; 163:1-6.
48. Steine S, Finset A, Laerum E. [What is the most important for the patient in the meeting with a general practitioner?]. Tidsskr Nor Laegeforen. 30 janv 2000;120(3):349-53.

49. Mousel C. Le médecin généraliste en 2007. Evolution en 25 ans de l'image du praticien et des attentes des patients. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 108 sujets de la Vallée de la Fensch et du Pays Haut Lorrain. [Thèse de médecine]. Université Nancy 1; 2009 ; 209 p.
50. Hermange M-T, Ambroise-Thomas P, Couturier D, Loisançe D. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Paris: Académie Nationale de Médecine; 2008, 81 p.
51. Hocry C. Etat des lieux de l'enseignement théorique de la relation/communication médecin-malade au cours du 3ème cycle de médecine générale dans les facultés de France en 2012-2013. Reims; 2014.
52. Hours.H. Etat des lieux de la formation à l'entretien motivationnel durant le diplôme d'étude spécialisée de médecine générale en France en 2016-2017. [Thèse de médecine]. Université Toulouse ; 2017.
53. Délos N. Évaluation des connaissances et des pratiques en entretien motivationnel, en médecine générale, dans le département du Morbihan: étude quantitative descriptive auprès de 19 médecins généralistes morbihannais en décembre 2015. [Thèse d'exercice]. Université Rennes; 2016.

7. ANNEXE

Annexe 1

« Bonjour, Je suis Mr Simon Antide, je suis médecin remplaçant. J'effectue un travail de recherche sur les attentes des patients ayant bénéficié d'une réadaptation cardio-vasculaire vis-à-vis de leur médecin traitant. Cette discussion restera anonyme, mais elle sera enregistrée à l'aide d'un dictaphone afin de retranscrire vos propos mots pour mots.

Si vous acceptez de participer à ce travail nous pouvons commencer ».

Description de l'échantillon :

- Sexe ?
- Quel est votre âge ?
- Quelle est votre profession ?
- Quelle est votre fréquence de consultation avec votre médecin généraliste ?
- Quelle est votre fréquence de consultation avec votre cardiologue ?

1/ Lors de vos dernières consultations de suivi avec votre médecin traitant qu'avez-vous abordé concernant votre mode de vie ?

- Sur le plan hygiéno-diététique (alimentation-sommeil-stress) ?
- Sur le plan de la consommation d'alcool ?
- Sur le plan de la consommation tabagique ?

2/ Lors de vos consultation de suivi avec votre médecin traitant qu'avez-vous abordé concernant l'activité physique ?

- Qu'attendez-vous de votre médecin traitant vis-à-vis de la prise en charge de l'activité physique ? (conseils technique- orientation vers des associations spécialisées- aide motivationnelle à pratiquer une activité).

3/ Comment considérez-vous vos connaissance de votre maladie cardio vasculaire ?

- Concernant les symptômes devant vous alerter et les attitudes à adopter en lien avec ces symptômes ?
- De quelle façon vous informez vous sur votre maladie ?

- Quelles sont vos autres sources d'informations ?
- En ce qui concerne ces connaissances, qu'attendez-vous de votre médecin traitant ?

4/ Selon vous en quoi votre réadaptation cardio vasculaire à modifié votre relation avec votre médecin traitant ?

- Sur le plan de la gestion de vos facteurs de risque cardio vasculaire ?
- Vis-à-vis des explications qu'il vous donne sur votre maladie (information plus précise, vocabulaire plus spécifique, aide à la compréhension de votre pathologie).
- Comment vous accompagne-t-il en ce qui concerne votre motivation ?
- Quelles seraient vos attentes supplémentaires de la part de votre médecin traitant concernant cette relation et votre pathologie ?

Rôle du médecin généraliste dans le maintien des acquis d'un séjour en réadaptation cardio-vasculaire du point de vue des patients.

Introduction: Une prise en charge optimale du patient coronarien par le médecin traitant est une priorité pour éviter un nouvel événement cardio-vasculaire. L'objectif de ce travail est de comprendre les attentes des patients ayant bénéficié d'une réadaptation cardio-vasculaire vis-à-vis de leur médecin traitant, dans la pérennisation des acquis de la réadaptation.

Matériel et méthodes: Nous avons réalisé une enquête qualitative, par entretiens semi-dirigés, auprès de quatorze patients dans la région Haut De France. L'analyse des données a été effectuée selon la méthode de la théorisation ancrée.

Résultats: Une ambivalence importante concernant les attentes des patients était mise en évidence. Les patients interrogés, n'attendaient pas grand-chose de leur médecin traitant, pourtant leurs attentes étaient multiples. La majorité d'entre eux souhaitait bénéficier de plus de conseils et de communication sur leur pathologie dans le but d'optimiser leurs attitudes face aux symptômes d'angor. Ils évoquaient également un manque de prise en charge de leurs motivations par le médecin traitant. Les FDRCV modifiables restaient des sujets peu abordés en consultation et ne semblaient pas faire partie des principales attentes des patients.

Conclusion: Les attentes des patients sont multiples et ambivalentes. Il existe une certaine désresponsabilisation des patients face à leur pathologie et le développement de l'éducation thérapeutique en médecine générale pourrait être une des solutions.

Mots-clés: Médecins généralistes, réadaptation cardiaque, attentes des patients, éducation du patient, entretien motivationnel.

Role of the general practitioner in maintaining the achievements of a stay in cardiovascular rehabilitation from the patients' point of view.

Introduction: Optimal management of the coronary patient by the treating physician is a priority to avoid a new cardiovascular event. The objective of this work is to understand the expectations of patients who have benefited from cardiovascular rehabilitation from their attending physician, in order to ensure that the benefits of rehabilitation are sustainable.

Materials and method: We conducted a qualitative survey, using semi-structured interviews, with fourteen patients in the Haut De France region. Data analysis was conducted by using the grounded theorization method.

Results: A significant ambivalence regarding patient expectations was highlighted. The patients interviewed did not expect much from their treating physician, however their expectations were multiple. The majority of them wanted more advice and communication on their pathology in order to optimize their attitudes in front of angor symptoms. They also mentioned a lack of responsibility for their motivations on the part of the attending physician. Modifiable cardiovascular risk factors remained topics that were not widely discussed in consultation and did not appear to be among the patients' main expectations.

Conclusion: Patients' expectations are multiple and ambivalent. There is a certain disempowerment of patients with regard to their pathologies and the development of therapeutic education in general medicine could be one of the solutions.

Keywords: General practitioners, cardiac rehabilitation, patient expectations, patient education, motivational interview.

