



HAL
open science

Besoins éducatifs et dispositif médical implantable : comment répondre aux attentes des patients porteurs de stents coronaires et valves cardiaques ?

Carolina Konieczny

► To cite this version:

Carolina Konieczny. Besoins éducatifs et dispositif médical implantable: comment répondre aux attentes des patients porteurs de stents coronaires et valves cardiaques?. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03631419

HAL Id: dumas-03631419

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03631419>

Submitted on 25 Apr 2022

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2021

**BESOINS ÉDUCATIFS ET DISPOSITIF MÉDICAL IMPLANTABLE : COMMENT
RÉPONDRE AUX ATTENTES DES PATIENTS PORTEURS DE STENTS
CORONAIRES ET VALVES CARDIAQUES ?**

MÉMOIRE DU DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE
PHARMACIE HOSPITALIÈRE – PRATIQUE ET RECHERCHE

Conformément aux dispositions du décret N° 90-810 du 10 septembre 1990, tient lieu de

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLÔME D'ÉTAT

Carolina KONIECZNY
[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE
GRENOBLE

Le 23/04/2021

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. Benoît ALLENET – Professeur des Universités et Praticien Hospitalier

Membres :

Mme Delphine SCHMITT (Directrice de thèse) – Praticien Hospitalier

Mme Elisabeth BORREL – Praticien Hospitalier

Mme Valérie SAUTOU - Professeur des Universités et Praticien Hospitalier

Mme Aurélie FRESSELINAT – Praticien Hospitalier

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

ENSEIGNANTS - CHERCHEURS Année 2020 / 2021

Doyen de la Faculté - **Pr. Michel SEVE**
Vice-Doyen et Directrice des Etudes - **Mme Christine DEMEILLIERS**
Vice-Doyen Recherche – **Pr. Walid RACHIDI**

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE	TELEPHONE	HDR
MCF	ALDEBERT	DELPHINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx	04 76 63 74 73	oui
PU-PH	ALLENET	BENOIT	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, ThEMAS	04 76 76 54 96	oui
PU	BAKRI	ABDELAZIZ	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	04 76 04 10 10 / 04 76 04 10 02	
CDD	BARDET	JEAN-DIDIER	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, ThEMAS	04 56 52 00 92	
MCF	BATANDIER	CECILE	LBFA – INSERM U1055	04 76 63 58 20 / 06 75 55 35 01	
PU-PH	BEDOUCHE	PIERRICK	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, ThEMAS	04 76 76 54 97	oui
MCF	BELAIDI-CORSAT	ELISE	HP2, Inserm U1042	04 76 63 71 08	
MAST	BELLET	BEATRICE	-		
MCF	BOUCHERLE	BENJAMIN	DPM - UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 12	
PU	BOUMENDJEL	AHCENE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 11 / 06 17 35 77 65	
MCF	BOURGOIN	SANDRINE	IAB – CRI INSERM U823		
MCF	BRETON	JEAN	LCIB – UMR E3 CEA	04 38 78 56 01 / 04 76 63 74 73 / 06 37 51 20 74	
MCF	BRIANCON-MARJOLLET	ANNE	HP2 – INSERM U1042	04 76 63 74 75	
PU	BURMEISTER	WILHEM	UVHCI- UMI 3265 EMBL CNRS	04 57 42 87 41	oui
MCU-PH	BUSSER	BENOIT	Institute for Advanced Biosciences, UGA / Inserm U 1209 / CNRS 5309	06 32 39 37 65	oui
Professeur Emérite	CALOP	JEAN			
MCF	CAVAILLES	PIERRE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	04 76 63 74 72 / 06 88 16 54 43	
MCU-PH	CHANOINE	SEBASTIEN	CR UGA - INSERM U1209 - CNRS 5309	04 76 76 54 97 (CHU) / 04 76 54 94 66 (IAB)	
AHU	CHEVALIER	SIMON	TIMC IMAG		
MCF	CHOISNARD	LUC	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 01	
MCU-PH	CHOVELON	BENOIT	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 52 99	
PU-PH	CORNET	MURIEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx	04 76 63 74 39	oui
Professeur Emérite	DANEL	VINCENT	-	06 74 88 07 26	
PU	DECOUT	JEAN-LUC	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 17	
MCF Emérite	DELETRAZ-DELPORTE	MARTINE	LPSS – EAM 4129 LYON	06 80 23 45 34	
MCF	DEMEILLERS	CHRISTINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	04 76 63 71 38	oui
PU-PH	DROUET	CHRISTIAN	GREPI EA7408	04 76 76 72 01	oui
PU	DROUET	EMMANUEL	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale	06 15 11 79 97	

MCF	DURMORT	CLAIRE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	04 57 42 85 19	oui
PU-PH	FAURE	PATRICE	HP2 – INSERM U1042		oui
MCF	FAURE-JOYEUX	MARIE	HP2 – INSERM U1042	04 76 76 71 66	oui
PRCE	FITE	ANDREE	-	06 33 79 01 95	
MCU-PH	GARNAUD	CECILE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	04 76 76 54 90	
PRAG	GAUCHARD	PIERRE-ALEXIS	-	04 76 63 53 19	
MCU-PH	GERMI	RAPHAELE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale	04 76 76 56 04	oui
MCF	GEZE	ANNABELLE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 01	oui
MCF Emérite	GILLY	CATHERINE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 74 58 / 06 33 12 90 73	
PU	GODIN-RIBUOT	DIANE	HP2 – INSERM U1042	04 76 63 75 63 / 06 33 48 97 10	oui
Professeure Emérite	GRILLOT	RENEE	-	06 62 11 37 04	
MCF Emérite	GROSSET	CATHERINE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 05	
MCF	GUIEU	VALERIE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 52 97	
CDD	HENNEBIQUE	AURELIE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	04 76 76 78 86	
MCF	HININGER-FAVIER	ISABELLE	LBFA – INSERM U1055	06 30 36 62 56 / 04 76 63 57 36	oui
MCF	KHALEF	NAWEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	04 76 04 10 10	
MCF	KOTZKI	SYLVAIN	HP2 – UMR 51042	04 76 63 75 18	
MCF	KRIVOBOK	SERGE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 75 17	oui
AHU	LEENHARDT	JULIEN	INSERM – U1039		
PU	LENORMAND	JEAN-LUC	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	04 76 63 74 39	oui
PU	MARTIN	DONALD	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	04 56 52 00 95	oui
PRCE	MATTHYS	LAURENCE	-		
MCF	MELO DI LIMA	CHRISTELLE	LECA – UMR CNRS 5553		
AHU	MINOVES	MELANIE	HP2 – INSERM U1042		
PU	MOINARD	CHRISTOPHE	LBFA - INSERM U1055	04 76 51 44 90	oui
PU-PH	MOSSUZ	PASCAL	IAB – INSERM U1209	04 76 76 54 87	
MCF	MOUHAMEDOU	BELLO	LECA – UMR 5553 CNRS	04 76 63 54 41	oui
MCF	NICOLLE	EDWIGE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 21	oui
MCF	OUKACINE	FARID	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 52 97	
MCF	PERES	BASILE	DPM – UMR 5063 CNRS	07 86 11 77 53 /04 76 63 53 13	oui
MCF	PEUCHMAUR	MARINE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 52 95	oui
PU	PEYRIN	ERIC	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 53 04	oui
AHU	PLUCHART	HELENE	TIMC-IMAG – UMR 5525 CNRS, TheMAS	04 76 76 79 54	
PU	RACHIDI	WALID	LCIB – UMR E3 CEA	04 38 78 50 11	oui
MCF	RAVELET	CORINNE	DPM – UMR 5063 CNRS	06 85 92 00 79	oui
PU	RIBUOT	CHRISTOPHE	HP2 – INSERM U1042	06 71 11 49 20	oui

PAST	RIEU	ISABELLE	-	-	
Professeure Emérite	ROUSSEL	ANNE-MARIE	-	04 76 63 71 31	
PU-PH	SEVE	MICHEL	LBFA – INSERM U1055	04 76 63 71 72	oui
MCF	SOUARD	FLORENCE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 52.94	
MCF	SPANO	MONIQUE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	04 57 42 85 64	
MCF	TARBOURIECH	NICOLAS	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	04 57 42 86 60	
MCF	VANHAVERBEKE	CECILE	DPM – UMR 5063 CNRS	04 76 63 52 94	
MCF	WARTHER	DAVID	DPM	04 76 63 53 00	
Professeur Emérite	WOUESSIDJEWE	DENIS	-	-	oui

AHU : Assistant Hospitalo-Universitaire
ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches
BCI : Biologie du Cancer et de l'Infection
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
CRI : Centre de Recherche INSERM
CNRS : Centre National de Recherche Scientifique
DCE : Doctorants Contractuels Enseignement
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institute for Advanced Biosciences
IBS : Institut de Biologie Structurale
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LPSS : Laboratoire Parcours Santé Systémique
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
MAST : Maître de Conférences Associé à Temps Partiel
MCF : Maître de Conférences des Universités
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
PRAG : Professeur Agrégé
PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement
PU : Professeur des Universités
PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
SYMMES : Systèmes Moléculaires et nanoMatériaux pour l'Energie et la Santé
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation
UMR : Unité Mixte de Recherche
UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

« Dans la vie, rien n'est à craindre, tout est à comprendre. »

Marie Skłodowska-Curie

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury

A Monsieur le Professeur Benoît ALLENET,

Je vous remercie sincèrement de présider ce jury mais aussi de m'avoir guidée avec altruisme tout au long de ce travail. Merci de m'avoir initiée à l'art du questionnement en psychologie et sociologie de la santé, toujours avec humanité et humilité. Je vous exprime toute ma reconnaissance et j'espère avoir été à la hauteur dans la réalisation de cet exercice.

A Madame le Docteur Delphine SCHMITT,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse, d'avoir été si disponible et de m'avoir accompagnée avec rigueur, implication, pertinence et bienveillance. Merci d'avoir cru en ce projet depuis le début, aussi loin soit-il, depuis cette fameuse soirée à Europharmat ! La dure tâche de la thèse fut plus légère et agréable avec toi. Je te témoigne mon affection et toute l'estime que j'ai pour toi.

A Madame le Docteur Elisabeth BORREL,

Tu me fais l'honneur d'être membre de ce jury. Je te remercie de l'intérêt que tu as accordé à l'élaboration de ce projet et à l'avis bien-fondé que tu apporteras. C'était un réel plaisir de travailler avec toi pendant mon semestre à Sud, dont je garde un excellent souvenir. Je t'exprime toute ma considération, autant d'un point de vue professionnel que personnel.

A Madame le Professeur Valérie SAUTOU,

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury et d'apporter votre expérience à la critique de ce travail. Je vous remercie également d'avoir cru en mon projet d'inter-CHU et de m'avoir permis de le réaliser. Veuillez croire en l'expression de mon profond respect.

A Madame le Docteur Aurélie FRESSELINAT,

Ta présence au sein de ce jury est pour moi une immense joie. Je te remercie d'avoir accepté d'y participer et d'apporter un regard extérieur pertinent sur nos interrogations. Merci pour ce semestre mémorable au sein de la PDMS, grande famille que tu diriges avec fermeté, justesse et tendresse. Je t'exprime tout mon attachement qui reste intact, même avec la distance.

A toutes les équipes avec qui j'ai eu le plaisir de travailler pendant ces années d'internat

A l'équipe d'hémato, l'initiation ! Ce fut un plaisir de travailler avec vous et de découvrir ce domaine inconnu. Merci Dominique de m'avoir accompagnée dans mes premiers pas d'interne.

A l'équipe de Moidieu, pour tous ces moments agréables lors des pauses matinales avec toute l'équipe dans ce pavillon à l'écart. Merci Caroline de m'avoir fait découvrir les chocolats Bonnat ! Et **à toute l'équipe de la PUI**, notamment le trio de l'appro Etienne, Prudence et Armance, j'ai beaucoup appris lors de ces gardes et accueils que vous dirigez dans une bonne ambiance, à Fabienne pour tes conseils pertinents et à Audrey pour ta disponibilité lors des galères d'après 18h. Mais aussi à tous les préparateurs et particulièrement à Christelle #maman MDS toujours à l'écoute, à Cécile pour tes affectueuses taquineries en tous genres et particulièrement concernant mes « coiffures » et à Delphine pour ta spontanéité, ta douceur et ton sourire permanent en toutes circonstances.

A l'équipe de SSR cardio, le plaisir à l'état pur de la pharmacie clinique. Merci de m'avoir si bien intégrée dans vos services où règne une ambiance sereine et bienveillante. Un merci particulier à Laurence, Greg et Cécile pour votre accessibilité.

A l'équipe de la PDMS, merci pour votre chaleureux accueil dans cette belle et grande *famille* où l'on s'y sent si bien. Un merci particulier à Caroline pour ton encadrement et ta disponibilité. Ce semestre parmi vous fut vraiment marquant et rempli de bons souvenirs.

A l'équipe de Moidieu à nouveau et à tous les **Pharmaciens DMS** pour la bonne ambiance des staffs du mardi matin. Et particulièrement à Monia, pour ta bonne humeur quotidienne, j'espère que LE tableau vous aura encore été utile.

A l'équipe de Chambéry, merci pour votre encadrement et votre aide dans chacun de vos domaines respectivement. Ce fut un plaisir de travailler avec vous, de découvrir une nouvelle structure et d'intégrer une équipe dynamique comme la vôtre.

Et à l'équipe du GHM, pour votre iconique *team* féminine, merci pour votre chaleureux accueil durant ce dur semestre « thèse ». Ce fut vraiment un semestre enrichissant à tous les niveaux, j'ai énormément appris grâce à vous. Et merci à tous les préparateurs, une belle équipe soudée qui travaille toujours dans la bonne ambiance !

A ma famille

Je vous exprime toute ma gratitude pour votre soutien, votre bienveillance et votre amour inconditionnel qui m'ont permis de réaliser toutes ces longues années d'étude.

A mes amis

Merci pour toutes ces belles années passées ensemble, pour tous ces précieux moments inoubliables partagés et pour tous ceux à venir.

Et enfin merci à tous les patients qui ont accepté de participer à cette étude, sans qui ce travail n'aurait pu aboutir. J'espère qu'il pourra être bénéfique. De près ou de loin, merci de donner du sens à mon métier.

Table des matières

Table des annexes.....	11
Liste des abréviations.....	12
PARTIE 1 : INTRODUCTION GÉNÉRALE	13
LES PATHOLOGIES VALVULAIRES	15
Physiopathologie.....	15
Prise en charge	16
Valves chirurgicales : mécaniques et biologiques.....	17
Valve percutanée.....	18
Critères de choix.....	19
LES PATHOLOGIES CORONARIENNES	20
Physiopathologie.....	20
Prise en charge du syndrome coronarien aigu.....	21
Traitement de la phase aigüe.....	22
Stents coronaires	22
Traitement au long cours.....	23
CONTEXTUALISATION DE L'INFORMATION DONNÉE AU PATIENT	26
Place du patient dans sa prise en charge médicale.....	26
Impact de l'éducation thérapeutique du patient	26
Etendue du champ d'application aux dispositifs médicaux	28
PARTIE 2 : PRÉSENTATION DE L'ARTICLE	29
INTRODUCTION.....	30
MÉTHODOLOGIE.....	32
Conception de l'étude.....	32
Sélection des participants.....	32
Recueil des données	33

Analyse des résultats	33
RÉSULTATS	34
Représentation de l'évènement	35
La brutalité de l'urgence opposée à la préparation de l'acte programmé	35
Une perception « rassurée » du geste technique	36
L'ambivalence vis-à-vis du geste qui « répare » et des produits de santé qui font entrer dans la chronicité.....	37
Face à ce contexte, des patients des plus passifs aux plus « battants »	38
L'accès à l'information	38
Le ressenti des patients vis-à-vis de l'information reçue : trop et pas au bon moment	39
Les besoins d'informations	40
Des besoins d'information propres au rythme de chaque patient	40
Des informations selon les besoins perçus par le patient	41
La nécessité de disposer de divers supports d'information.....	42
DISCUSSION	43
Limites et biais	43
Le cœur, l'organe vital à « réparer »	44
Identifier chez le patient sa prédisposition face à la chirurgie.....	44
Identifier les patients « bloqués » dans le mirage du curatif	44
Adapter les informations apportées au patient	45
CONCLUSION	47
Bibliographie.....	49
Annexes.....	54

Index des figures

Figure 1. Schéma du cœur.....	15
<i>https://www.fedecardio.org/Je-m-informe/Le-coeur/le-fonctionnement-du-coeur</i>	
Figure 2. Valve cardiaque saine versus valve cardiaque sténosée	15
<i>https://www.ottawaheart.ca/fr/itva-implantation-transcath%C3%A9ter-de-valvule-aortique/implantation-transcath%C3%A9ter-de-valvule-aortique</i>	
Figure 3. Valve mitrale saine versus insuffisance mitrale (Source : Cardiopole).....	15
<i>http://www.cardiopole.fr/wp-content/uploads/2017/06/Sans-titre-300x220.png</i>	
Figure 4. Valve mécanique doubles ailettes (Source : FFC).....	17
<i>https://www.fedecardio.org/Les-maladies-cardio-vasculaires/Les-traitements-des-maladies-cardio-vasculaires/les-valvulopathies-les-traitements</i>	
Figure 5. Valve biologique modèle Perimount® (Source : Laboratoire Edwards).....	18
<i>https://www.edwards.com/devices/heart-valves/aortic-pericardial</i>	
Figure 6. Valve aortique biologique modèle Sapien® (Source : Laboratoire Edwards)	18
<i>https://www.ccjj.fr/tavi</i>	
Figure 7. Implantation d'un TAVI (Source : Hôpital privé Saint-Martin Caen)	18
<i>https://hopital-prive-saint-martin-caen.ramsaygds.fr/vous-etes-patient-pourquoi-choisir-notre-etablissement-services-de-soins/limplantation-dune-valve-aortique-par-voie-percutanee-tavi</i>	
Figure 8. Schéma des artères coronaires (Source : ICUO).....	20
<i>https://www.ottawaheart.ca/fr/maladie-coronarienne-guide-%C3%A0-l'intention-des-patients/maladie-du-c%C5%93ur</i>	
Figure 9. Représentation d'une athérosclérose (Source : ICUO).....	20
<i>https://www.ottawaheart.ca/fr/maladie-du-c%C5%93ur/maladie-coronarienne-ath%C3%A9roscl%C3%A9rose#:~:text=La%20maladie%20coronarienne%20est%20une,de%20la%20paroi%20des%20art%C3%A8res</i>	
Figure 10. Imagerie de coronarographie (Source : Cardiologie interventionnelle Lyon Nord-Ouest)	21
<i>http://cardiologie-interventionnelle.com/coronarographie-et-angioplastie-coronaire/</i>	
Figure 11. Schéma d'une angioplastie coronaire (Source : ICUO).....	22
<i>https://www.ottawaheart.ca/fr/examen-intervention/angioplastie</i>	
Figure 12. Détermination de la DAPT (Source : European Society of Cardiology).....	24
<i>http://thesesante.ups-tlse.fr/2798/1/2019TOU32086.pdf</i>	
Figure 13. Classifications des verbatims	34
Figure 14. Etapes du processus d'accompagnement élaboré	46

Table des annexes

Annexe 1. Guide d'entretien	54
Annexe 2. Caractéristiques des participants de l'étude.....	55
Annexe 3. Mode opératoire du processus d'accompagnement pédagogique.....	56

Liste des abréviations

AVK : Anti-vitamine K

BEP : Bilan éducatif partagé

CHUGA : Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes

DAPT : Double antiagrégation plaquettaire

DM : Dispositif médical

DMI : Dispositif médical implantable

DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FFC : Fédération Française de Cardiologie

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital de jour

ICUO : Institut de Cardiologie de l'Université d'Ottawa

IDM : Infarctus du myocarde

INR : *International Normalized Ratio*

IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

MCV : Maladie cardiovasculaire

NSTEMI : *Non-ST Elevation Myocardial Infarction*

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Principe actif

PEC : Prise en charge

SCA : Syndrome coronarien aigu

SSR : Soins de suite et réadaptation

STEMI : *ST Elevation Myocardial Infarction*

TAVI : *Transcatheter Aortic Valve Implantation*

PARTIE 1 : INTRODUCTION
GÉNÉRALE

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les maladies cardiovasculaires (MCV) sont la première cause de mortalité dans le monde et resteront en tête, avec près de 23.6 millions de décès d'ici 2030. En France, elles sont la première cause de décès chez la femme et la deuxième chez l'homme (1). Il s'agit donc d'un enjeu majeur de santé publique. Ces pathologies exposent à de nombreuses complications aiguës ou chroniques tels qu'un infarctus du myocarde (IDM), un accident vasculaire cérébral ou une insuffisance cardiaque (2). Les principaux facteurs de risque sont le sexe, l'âge, l'hérédité, dus à un état pathologique (hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie) et dus au mode de vie du patient (tabagisme, sédentarité, alimentation déséquilibrée) (3).

Pour traiter certaines de ces pathologies, des dispositifs médicaux implantables (DMI) peuvent être utilisés, comme des stents coronaires ou des valves cardiaques prothétiques. Ainsi en 2019, 327 000 endoprothèses coronaires ont été implantées en France (4). De plus, en 2017, ce sont 15 000 procédures de remplacement valvulaire par voie chirurgicale et 10 600 procédures par voie percutanée (*Transcatheter Aortic Valve Implantation* appelé TAVI) qui étaient réalisées (5). La suite de la prise en charge (PEC) s'inscrit dans une chronicité, nécessitant l'implication du patient dans la prise médicamenteuse sur le long cours. L'éducation thérapeutique présente donc un intérêt majeur dans le développement de stratégies centrées sur le patient, capables d'induire des changements dans son mode de vie (6). Afin d'aider le patient à s'approprier progressivement les informations reçues après l'épisode aigu, un séjour en service de soins de suite et réadaptation (SSR) cardiaque est recommandé pour optimiser l'approche de la gestion de la PEC au long cours (7).

LES PATHOLOGIES VALVULAIRES

Physiopathologie

Les pathologies valvulaires ou valvulopathies désignent l'ensemble des maladies touchant les valves cardiaques, qui sont au nombre de quatre : mitrale, tricuspide, aortique et pulmonaire (Figure1) (8).

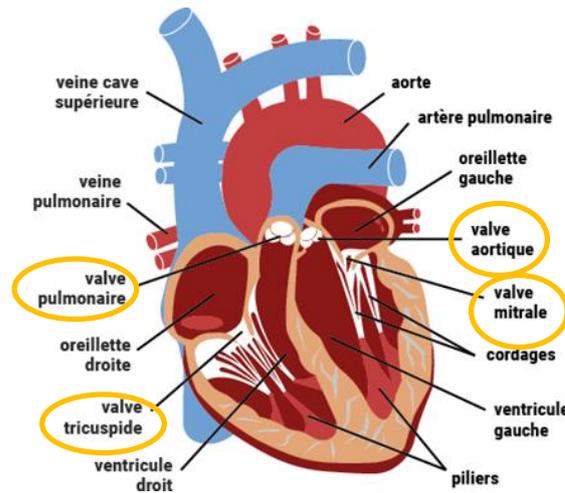


Figure 1. Schéma du cœur (Source : Fédération Française de Cardiologie = FFC)

Il existe deux types d'affections : la sténose avec rétrécissement de l'ouverture des feuillets de la valve, induisant un ralentissement du flux sanguin (Figure 2) et l'insuffisance avec défaut de coaptation des feuillets engendrant une régurgitation du sang (Figure 3) (9).

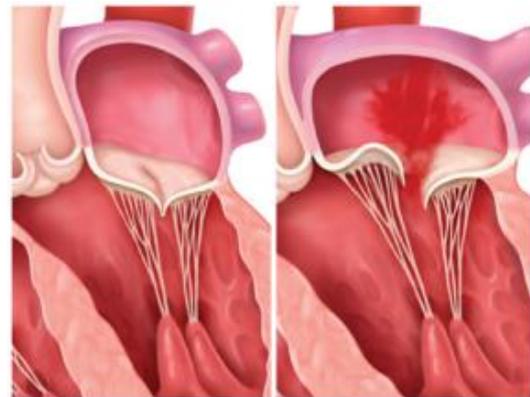
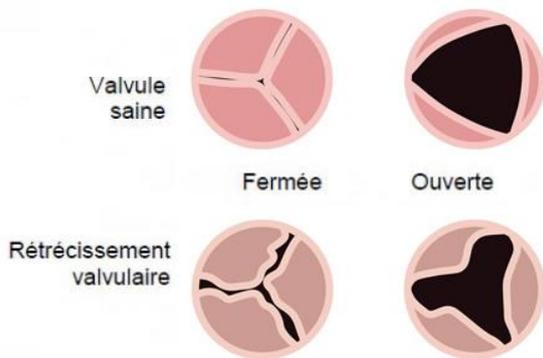


Figure 2. Valve cardiaque saine versus valve cardiaque sténosée (Source : Institut de Cardiologie de l'Université d'Ottawa = ICUO) (à gauche)

Figure 3. Valve mitrale saine versus insuffisance mitrale (Source : Cardiopole) (à droite)

Ces défaillances valvulaires peuvent perturber le débit sanguin et donc forcer le cœur à travailler plus. Les valves les plus fréquemment atteintes sont les valves mitrale et aortique (10). Les valvulopathies peuvent être asymptomatiques ou se manifester cliniquement par un essoufflement, un étourdissement, une douleur au niveau de la poitrine, des palpitations ou encore une fatigue. Ces symptômes peuvent être confondus avec les effets de l'âge ou d'une inactivité physique et leur gravité n'est pas nécessairement proportionnelle à celle de la maladie. La prévalence se situe autour de 2% dans les pays occidentaux et augmente avec l'âge atteignant 10-15 % chez les plus de 75 ans. Au fil du temps, elles peuvent engendrer d'autres problèmes cardiaques comme une arythmie, un accident vasculaire cérébral, une hypertension pulmonaire ou encore une insuffisance cardiaque. Les causes sont diverses mais sont principalement d'origine dégénérative, infectieuse (endocardite), inflammatoire, fonctionnelle ou encore congénitale (11).

Prise en charge

Le diagnostic de référence repose sur une échographie cardiaque couplée à un Doppler (12). Aucun traitement pharmacologique n'a démontré son efficacité dans le traitement des valvulopathies. Les options thérapeutiques reposent sur trois types d'actes : les plasties valvulaires ou chirurgie de préservation pour réparer la valve native, les procédures chirurgicales avec remplacement valvulaire par implantation de prothèses et les procédures percutanées en pleine expansion avec par exemple le TAVI (9). Les plasties et remplacements valvulaires sont des chirurgies le plus souvent réalisées par sternotomie mais la chirurgie mini-invasive tend à se développer (abord par minithoracotomie, abord apical). Il existe aussi des techniques encore plus récentes comme le traitement de l'insuffisance mitrale par MITRACLIP® (13). Par la suite, seules les procédures de remplacement de valve par voie chirurgicale et les TAVI seront décrites.

Valves chirurgicales : mécaniques et biologiques

Les valves mécaniques actuellement implantées sont composées de deux ailettes de titane et carbone qui leur confèrent une excellente durabilité (Figure 4). Conséquemment, un haut risque thrombogénique est associé, nécessitant, après l'implantation, l'instauration d'un traitement anticoagulant au long cours avec un anti-vitamine K (AVK) comme la Warfarine (Coumadine®). Si le risque de saignement est faible, un antiagrégant plaquettaire faible dose (Aspirine® 75-100 mg) peut être associé. On notera que le risque thromboembolique est plus important en position mitrale qu'aortique donc l'objectif de l'International Normalized Ratio (INR) sera compris entre 2,0 et 3,0 pour le remplacement de valve aortique et entre 2,5 et 3,5 pour le remplacement de valve mitrale (14). L'utilisation des anticoagulants oraux directs est contre-indiquée (15).



Figure 4. Valve mécanique doubles ailettes (Source : FFC)

Les valves biologiques ou bioprothèses, sont le plus souvent des valves d'origine animale (péricarde porcine, équine ou bovine) montées sur une armature de métal ou non (Stentless) (Figure 5). De nature dégénérative, elles s'usent au bout de 15-20 ans et doivent donc être remplacées. Après l'implantation d'une bioprothèse en position aortique, un antiagrégant plaquettaire (Aspirine® 75-100 mg) au long cours sera indiqué. En position mitrale ou tricuspide, un AVK, comme la Warfarine, sera prescrit pendant 3 à 6 mois. La durée dépendra des facteurs de risque thromboemboliques et l'INR cible devra être compris entre 2,0 et 3,0. L'Aspirine® pourra être proposée en association. Son initiation dépendra des comorbidités associées à un risque de saignement plus élevé (14).



Figure 5. Valve biologique modèle Perimount® (Source : Laboratoire Edwards)

Valve percutanée

La première implantation d'une valve aortique par voie percutanée a été réalisée en France en 2002. Il s'agit d'une technique de remplacement valvulaire moins invasive que la chirurgie conventionnelle (16). L'implantation s'effectue en déployant une valve biologique, montée sur un cathéter de pose, en position intravalvulaire de la valve native pathologique du patient, dit « *valve-in-valve* » (Figure 6). La procédure se fait par voie endovasculaire, par accès transfémoral, le plus souvent et ne concerne actuellement que la valve aortique (Figure 7). Si le patient ne possède pas de traitement anticoagulant au long cours, une monothérapie antiagrégante plaquettaire sera envisagée pendant 3 à 6 mois (14).



Figure 6. Valve aortique biologique modèle Sapien® (Source : Laboratoire Edwards) (à gauche)

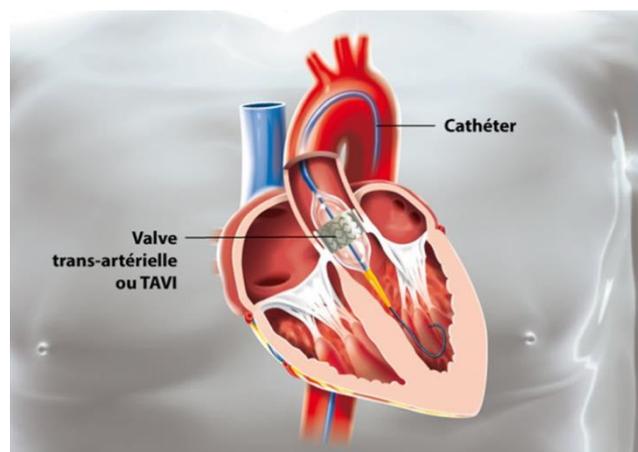


Figure 7. Implantation d'un TAVI (Source : Hôpital privé Saint-Martin Caen) (à droite)

Critères de choix

Les critères de choix concernent deux problématiques, le type de procédure : chirurgicale ou percutanée et, en cas de chirurgie, le type de valve implantée : mécanique ou biologique.

Concernant le type de procédure, le traitement de référence pour les sténoses aortiques sévères reste encore chirurgical bien que le TAVI voit depuis quelques années ses indications se développer. Tout d'abord réservée aux patients étant contre-indiqués à la chirurgie, les indications s'étendent dorénavant au risque chirurgical intermédiaire voire modéré (évalué par l'Euroscore ou STS par exemple). La décision restera cependant nécessairement multidisciplinaire (cardiologue, radiologue, gériatre etc...) (17).

Concernant le type de valve implantée, l'âge du patient ne doit plus être le seul facteur pris en compte. Il conviendra plutôt d'estimer son espérance de vie, ses habitudes de vie, sa capacité à prendre un traitement anticoagulant et les éventuelles contre-indications à celui-ci ou le risque de réintervention chirurgicale (15). De plus, les valves biologiques voient leur durabilité augmenter par des améliorations technologiques limitant les calcifications précoces. Ainsi, on peut cependant dire que majoritairement les valves biologiques seront préférées chez les patients de plus de 65 ans (15).

Cependant, il est important de préciser que la décision ne pourra se prendre sans l'avis éclairé du patient après qu'il ait obtenu toutes les informations nécessaires (15).

LES PATHOLOGIES CORONARIENNES

Physiopathologie

Les pathologies coronariennes ou coronaropathies désignent l'ensemble des maladies touchant les artères coronaires (Figure 8). Il s'agit d'une cardiopathie ischémique induite par l'athérosclérose résultant de dépôt de cholestérol sous formes de plaques dans la paroi des artères et conduisant à une sténose et donc à une mauvaise irrigation du cœur (Figure 9).

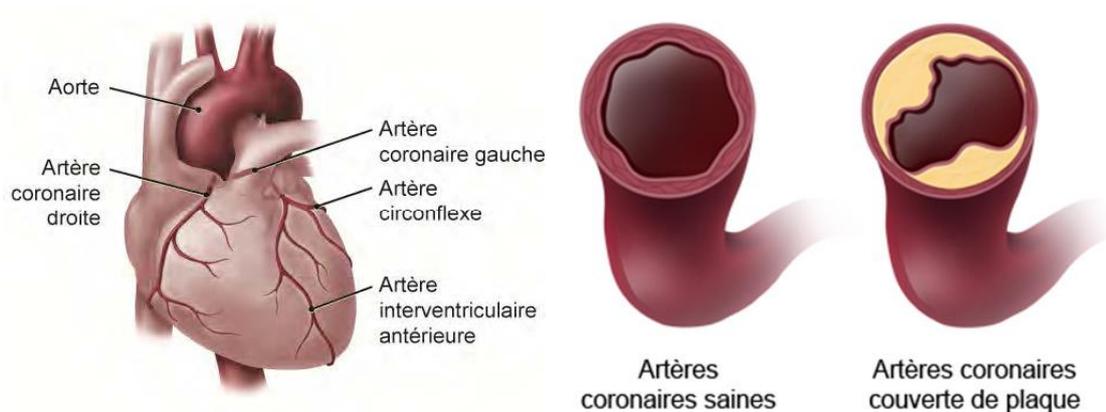


Figure 8. Schéma des artères coronaires (Source : ICUO) (à gauche)

Figure 9. Représentation d'une athérosclérose (Source : ICUO) (à droite)

On parle de Syndrome Coronarien Aigu (SCA) quand l'obstruction est brutale, soit liée à la rupture d'une plaque d'athérome, soit liée à l'érosion de l'endothélium de l'artère coronaire provoquant une activation des fonctions plaquettaires à l'origine d'un thrombus plaquettaire. Si l'atteinte est réversible, on parlera d'angor et dans le cas contraire, d'IDM. On distingue trois types de SCA :

- l'angor instable
- le SCA ST- sans sus-décalage permanent du segment ST ou NSTEMI (*Non-ST Elevation Myocardial Infarction*) liée à une occlusion partielle de l'artère coronaire
- le SCA ST+ avec sus-décalage permanent du segment ST ou STEMI (*ST Elevation Myocardial Infarction*) liée à une occlusion complète de l'artère coronaire (18).

Il s'agit d'une urgence médicale où le pronostic vital à court terme du patient est engagé. En effet, la mortalité s'élève à 16-20% durant les premières heures (19). C'est la maladie cardiaque la plus courante bien que sa prévalence soit difficile à estimer. Le risque d'être atteint est de 23% chez l'homme et 18% chez la femme. Les hommes de plus de 55 ans sont davantage touchés, quant aux femmes, le risque augmente après la ménopause et rejoint progressivement le niveau de risque masculin (20). La France rapporte environ 80 000 IDM par an (21). Aussi, la maladie coronarienne peut être l'étiologie d'arythmie et d'insuffisance cardiaque (22).

Prise en charge du syndrome coronarien aigu

Le diagnostic est d'abord clinique avec des douleurs thoraciques comme point d'appel. Une souffrance myocardique est mise en évidence par des dosages biologiques de marqueurs de nécrose myocardique comme l'élévation des troponines Ic et un tracé à l'électrocardiogramme (STEMI ou NSTEMI). La lésion coronaire est confirmée grâce à la coronarographie (23).

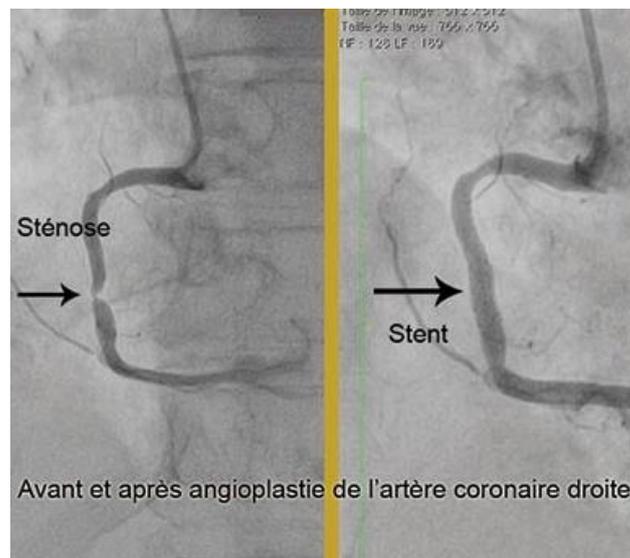


Figure 10. Imagerie de coronarographie (Source : Cardiologie interventionnelle Lyon Nord-Ouest)

Traitement de la phase aiguë

Une revascularisation par un acte interventionnel avec angioplastie primaire est réalisée afin de désobstruer l'artère à l'aide d'un ballonnet sur lequel est inséré l'endoprothèse, le stent (Figure 11). Si l'angioplastie primaire n'est pas réalisable, la fibrinolyse est envisagée par traitement médicamenteux thrombolytique afin de lyser le caillot fibrino-plaquettaire. Une angioplastie secondaire de sauvetage sera réalisée en cas d'échec de la fibrinolyse. Une intervention chirurgicale par pontage aorto-coronarien est indiquée en cas d'échec d'angioplastie avec resténoses itératives, afin de contourner le rétrécissement athéroscléreux en créant une dérivation à l'aide d'un greffon (24).



Figure 11. Schéma d'une angioplastie coronaire (Source : ICUO)

Stents coronaires

Il s'agit d'un dispositif tubulaire et métallique maillé composé de chrome-cobalt ou d'acier et monté sur ballon. Il permet un soutien de l'artère après l'angioplastie au ballon et limite la resténose en maintenant le calibre de l'artère. Il en existe deux types : les stents nus, dits BMS (Bare Metal Stent) et les stents actifs, dits DES (Drug Eluting Stent). Les stents nus, uniquement composés de métal, ne sont actuellement quasiment plus utilisés en France (< 3% du marché) (25).

Un stent actif est un stent nu sur lequel est ajouté un principe actif (PA), avec ou sans revêtement. Le PA joue un rôle d'agent prolifératif cytotoxique (ex : Paclitaxel) ou

cytostatique (famille des –limus, ex : Everolimus, Sirolimus) qui permettra d'inhiber la prolifération des cellules musculaires lisses dans la lumière du stent. Le revêtement est un polymère qui permettra de contrôler la vitesse d'élution du PA. Il est soit inerte permanent, soit biorésorbable et apposé en circonférentiel (interne et externe) ou en abluminal (côté externe au contact de la paroi artérielle uniquement). La libération du PA est locale, au niveau de la lésion, permettant donc de lutter contre la resténose intra-stent mais avec un risque accru de thrombose. Afin d'assurer une bonne endothélialisation du stent, des mailles plus fines sont développées. Un stent biorésorbable a été testé mais l'essai s'est révélé peu concluant car à l'origine de thromboses (26). Les complications liées au stent sont au nombre de deux : évènement précoce et aigu, la thrombose intra-stent résultant d'un phénomène inflammatoire thrombotique avec la formation d'un caillot de sang à l'intérieur du stent, rare (0.5% à 1 an) mais grave, retrouvé notamment lors de l'arrêt prématuré des médicaments antiagrégants ; évènement tardif et progressif, la resténose intra-stent résultant d'un phénomène de remodelage fibro-cicatriciel non athéromateux, en général non grave, principalement retrouvé avec les stents nus (10%) et peu avec les stents actifs (3%) (27).

Traitement au long cours

Le traitement au décours de la phase aigüe vise à réduire les complications telles qu'une insuffisance cardiaque, une récurrence ischémique et une thrombose du stent. Il repose sur :

- les Bêtabloquants qui ont un rôle cardioprotecteur par réduction de la consommation d'oxygène myocardique. Selon les dernières recommandations, ils sont indiqués chez les patients présentant une insuffisance cardiaque et/ou une fraction d'éjection du ventriculaire gauche (FEVG) < 40% (24)
- les Antiagrégants plaquettaires indiqués dans le traitement préventif de la thrombose de stent. La durée de la double antiagrégation plaquettaire (DAPT) sera de 6 à 12 mois mais reste

variable selon le contexte, le type d'intervention et le risque hémorragique (Figure 12). Il est recommandé d'associer un protecteur gastrique (inhibiteur de la pompe à protons) afin de réduire le risque hémorragique digestif

- les Statines qui ont un rôle de protection vasculaire par stabilisation des plaques d'athérome, réparation des fonctions endothéliales déficientes et diminution de l'inflammation. La concentration cible en LDL-cholestérol sera adaptée au niveau de risque du patient

- les Inhibiteurs de l'Enzyme de conversion qui ont un rôle cardioprotecteur par diminution du remodelage du ventricule gauche. Ils sont indiqués chez les patients atteints d'une insuffisance cardiaque, d'une dysfonction systolique du ventricule gauche, chez des diabétiques, hypertendus ou ayant un antécédent d'IDM (24).

En plus du traitement médicamenteux, un contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires modifiables sera mis en place tels que la consommation de tabac, la sédentarité, l'obésité, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies et le diabète. Un ensemble de mesures hygiéno-diététiques seront établies avec une activité physique régulière ou encore un changement des habitudes alimentaires (28).

POUR DÉTERMINER LA DURÉE DE LA DAPT :

- Contexte : Stable ou Aigu
- Type d'intervention : Angioplastie / Pontage coronarien / Traitement médical seul
- Risque hémorragique : Faible ou Elevé

CMI STABLE <small>(Coronary Myocardial Ischemic Events)</small>	Risque hémorragique		SCA	Risque Hémorragique	
	Faible	Élevé		Faible	Élevé
Angioplastie - Stent nu - Stent actif - Ballon actif	6 mois	1 à 3 mois	SCA stenté - Stent nu - Stent actif - Ballon actif	1 an	6 mois
Pontage	Pas de DAPT		SCA ponté		6 mois
Traitement médical			SCA non revascularisé (ttt médical seul)		≥ 1 mois

Figure 12. Détermination de la DAPT (Source : European Society of Cardiology)

L'adhésion thérapeutique du patient à son traitement représente un élément essentiel à une prise en charge optimale. Or il est estimé que seulement 40 à 75% des patients respectent le traitement recommandé (29). Un défaut d'adhésion est associé à une augmentation de la mortalité et des ré-hospitalisations à 30 mois (30).

Ainsi, que ce soit pour les valves cardiaques prothétiques ou pour les stents coronaires, un traitement médicamenteux, devant être suivi au long cours, sera instauré en lien direct avec ces DMI et suite à leur implantation. De ce fait, la mise en place d'un processus d'éducation thérapeutique global du patient incluant la compréhension et les connaissances qu'il aura du DMI implanté prend tout son sens.

CONTEXTUALISATION DE L'INFORMATION DONNÉE AU PATIENT

Place du patient dans sa prise en charge médicale

Certaines transformations majeures en matière de santé ont permis une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins permettant de placer le patient au cœur de la prise en charge. Ainsi, l'évolution de l'information du patient d'un point de vue juridique, éthique et médiatique a permis de modifier le rapport du malade à sa pathologie ainsi que d'influencer les rapports entre soignant et soigné (31). Ce point répond également au principe d'acquisition d'aptitudes individuelles répondant à la chartre d'Ottawa de 1986 qui définit la promotion de la santé comme principe de « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer » (32). De plus, selon l'article 35 du Code de la Santé Publique, l'information se doit d'être « loyale, claire et appropriée » (33). Aussi, la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner », renforce cet aspect en mettant en avant la notion de consentement libre et éclairé du patient ainsi que son droit à l'information en la considérant comme un critère de qualité. Elle permet donc d'élever le patient au rang d'acteur participatif dans la démarche thérapeutique (34). Dans la continuité de cette démarche, la Haute Autorité de Santé (HAS), a constitué récemment une nouvelle recommandation prônant un engagement fort pour une implication croissante des patients dans le système de santé (35). Moyennant ces évolutions, le patient peut s'émanciper de son statut passif dicté par le modèle paternaliste à une nouvelle figure de patient acteur participatif aux soins (36).

En outre, il est décrit que si le patient est mieux impliqué dans la sécurité de ses soins, il devient plus compétent notamment grâce à l'éducation thérapeutique et toutes les démarches dérivées d'éducation et d'informations apportées par le système de soin (37).

Impact de l'éducation thérapeutique du patient

La HAS définit l'éducation thérapeutique du patient (ETP) comme « un processus continu dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin

pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique » (35). Ainsi, l'autonomie de participation au soin doit être modulée en fonction des situations et des envies d'engagement de chaque patient. Aussi, comme le rappellent les principes fondamentaux de l'accompagnement en ETP, le soignant doit se décentrer de ses propres objectifs thérapeutiques afin de répondre aux besoins des patients. Le soignant doit également acquérir de nouvelles compétences et adopter une nouvelle posture de pédagogue (38). Pour rappel, les objectifs de sécurité incontournables à développer se basent sur trois domaines : le savoir, reflet de l'information liée au cognitif ; le savoir-faire, reflet de l'application liée aux compétences d'auto-soins et le savoir-être, reflet de l'aptitude liée aux compétences psychosociales (38). Ce cadre général propre à l'ETP est voué à être respecté mais peut être difficile à appliquer dans certains contextes bien qu'il garde son importance.

Dans le domaine des maladies chroniques, l'accompagnement du patient est étroitement lié à l'ETP. Ainsi, il s'agit d'un changement de son mode de vie nécessitant une implication dans sa maladie, ce qui peut présenter des difficultés pour certains. En effet, selon les données actuelles, un tiers des patients arrêtent d'eux-mêmes au moins une partie de leur traitement un mois après un IDM (39). On voit bien que la confiance, l'acceptation et l'implication du patient sont nécessaires pour participer au lien collaboratif entre le patient et le soignant, appelée alliance pédagogique (40). Grâce à cette relation thérapeutique de confiance, le patient sera plus amené à adopter une attitude d'adhérence thérapeutique, définie comme une « appropriation réfléchie de la prise en charge de sa maladie et de ses traitements, associé à la volonté de persister dans la mise en pratique d'un comportement prescrit ». Par cet aspect, il faudra prendre en compte le caractère fluctuant, dynamique et évolutif dans le temps de ce phénomène, qui dépendra notamment de ses représentations (41).

Etendue du champ d'application aux dispositifs médicaux

Les notions d'informations et d'éducation s'axent le plus souvent sur la thérapeutique médicamenteuse et peu sur le domaine des DM bien que nécessitant tout autant une sécurisation et un bon usage. Avec le progrès médical et les innovations scientifiques, l'utilisation des DM se répand largement mais l'ETP est encore peu développée dans ce cadre. La prise d'autonomie revendiquée par les patients peut également s'appliquer dans ce domaine comme avec les pompes à insuline utilisées pour les patients diabétiques conduisant le patient à s'autogérer avec son équipement (42). Egalement, la pose d'implants orthopédiques comme les prothèses de genou ou de hanche sont sources d'interrogations pour de nombreux patients. Quelques études ont rapportées un intérêt significatif d'une intervention pharmaceutique réalisée auprès de patients et rapportant une amélioration de leur niveau de connaissance et leur intérêt d'avoir un support écrit décrivant leur prothèse et les risques inhérents (43). Dans le domaine de la cancérologie, une étude a mis en avant une amélioration significative de la PEC des patients porteurs de cathéter central à insertion périphérique lors de leur retour à domicile évitant ainsi le mésusage ou les complications liées à une mauvaise compréhension des informations données (44). En parallèle, la création d'un livret pour les patients stomisés a montré son intérêt dans le parcours de soins du patient en termes d'optimisation de la qualité de vie du patient (45).

Ainsi, les DMI, sources de prescription médicamenteuse au long cours après leur implantation, doivent faire partie intégrante de l'ETP. En outre, l'investigation des besoins informatifs des patients s'avère nécessaire afin de pouvoir mieux intégrer le DMI à un programme éducatif d'accompagnement.

PARTIE 2 : PRÉSENTATION DE **L'ARTICLE**

INTRODUCTION

En France, les maladies cardiovasculaires (MCV) représentent un enjeu majeur de santé publique. Concernant les valvulopathies et les coronaropathies, leur prévalence ne cesse d'augmenter avec le vieillissement de la population (46). Grâce à la prévention et aux progrès thérapeutiques, la mortalité diminue mais l'évolution sur un mode chronique s'accroît. L'implication du patient dans sa prise en charge (PEC) thérapeutique est donc primordiale car étendue sur le long terme (47). Il s'avère que les patients atteints de MCV montrent souvent des difficultés pour adhérer au projet thérapeutique (7). Des facteurs psychiques et comportementaux peuvent y contribuer tels que le manque de soutien perçu de la part des professionnels de santé et de l'entourage, le doute sur l'efficacité du traitement, la difficulté liée au changement de mode de vie et le manque d'activité sportive (48). Pourtant, l'adhésion médicamenteuse chez les patients atteints de MCV contribue à réduire significativement la morbi-mortalité associée (49). Il est aussi énoncé que celle-ci diminue avec le temps d'où l'importance d'un suivi au long cours (50). Le recours à l'information et à l'éducation thérapeutique aujourd'hui mis en place vise à améliorer cette problématique (7). Par exemple, une information parcellaire avant une chirurgie peut générer une défiance de la part des patients alors que l'utilisation de différents supports d'informations montre un impact positif dans la transmission d'informations sur le processus thérapeutique (51). Aussi, des interventions comportementales et éducatives tels que des entretiens motivationnels ou des appels téléphoniques peuvent être une réponse (52). Lorsque l'avancée dans la pathologie le nécessite, des stents coronaires et des valves cardiaques prothétiques sont implantés aux patients. Un traitement médicamenteux spécifique est instauré par la suite, d'où l'importance pour le patient d'effectuer un lien entre le dispositif médical (DM) et le traitement associé. Pourtant l'éducation thérapeutique du patient (ETP) a tendance à ne cibler que les médicaments, en négligeant l'apport d'information sur le DM. Actuellement, il existe peu de

travaux évaluant l'impact du bénéfice de l'ETP dans ce domaine. Quelques études concernant d'autres domaines que le cardiovasculaire ont été réalisées, par exemple sur l'implantation de prothèse de hanche (53) ou encore le suivi des patients stomisés (54). Il est d'autant plus intéressant de s'orienter sur la sphère cardiaque, de par l'aspect vital de l'implantation du DM, du risque de complications post-opératoires et, surtout, de la nécessité d'une adhésion optimale au traitement médicamenteux au long cours.

Au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA), les personnes atteintes de maladies coronaires ou valvulaires ont la possibilité d'intégrer un programme d'ETP en réadaptation cardiaque pour une période moyenne de 3 semaines en hospitalisation complète ou sur plusieurs mois en hôpital de jour (HDJ). Ce programme est promu par l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) Auvergne Rhône-Alpes (55). L'objectif consiste à aider les patients à mieux vivre et s'autonomiser en retrouvant un état psychique et physique adaptés. Durant leur parcours éducatif, les patients pourront assister à différents ateliers. Les séances proposées abordent les thèmes de l'éducation anti-vitamine K (AVK), la prévention de l'endocardite infectieuse, l'information sur les coronaropathies et valvulopathies, la PEC des facteurs de risque cardiovasculaires, la gestion du stress, la diététique, le tabac, les médicaments et la pratique de l'activité physique.

Nous nous sommes donc interrogés sur la perception des patients face à cette diversité d'informations reçues tout au long de leur PEC médicale, en ciblant leur dispositif médical implantable (DMI), en vue d'adapter le programme existant. Réaliser une évaluation des besoins éducatifs représente un prérequis nécessaire à une mise en place d'actions informatives et éducatives adaptées au patient.

Notre étude a donc pour objectif de réaliser une analyse des besoins éducatifs des patients et d'explorer leurs représentations, préoccupations et besoins d'informations concernant leur implant (stents coronaires, valves cardiaques mécaniques et biologiques).

MÉTHODOLOGIE

Conception de l'étude

Nous avons développé une approche exploratoire qualitative, stratégie la plus adaptée pour comprendre une situation, expliquer un comportement, permettre l'expression de besoins non identifiés par les chercheurs (56). Des entretiens individuels semi-structurés ont été réalisés par un seul intervenant, en face à face. Les questions ouvertes ont été privilégiées afin de permettre une plus large liberté d'expression pour la personne interrogée. L'étude suit les recommandations COREQ (57).

Une notice d'information sur un projet de recherche a été validée par la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI). Ce projet a été inscrit sur le registre interne des essais en respectant la méthodologie de référence MR004 dans laquelle le CHUGA s'est engagé. L'autorisation à débiter la recherche a été accordée le 23/07/2020.

Sélection des participants

L'étude s'est déroulée au CHUGA dans les services de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) de Cardiologie d'hospitalisation complète et d'HDJ. Les patients ont été sélectionnés par l'approche dite « des choix raisonnés » selon des critères prédéfinis (âge, sexe, modalité de survenue de l'évènement), afin de dresser des profils « extrêmes » de patients pour rechercher l'exhaustivité des situations possibles par rapport à notre thème (58). Les critères d'inclusion des participants sont les suivants : patients récemment opérés avec implantation de stents coronaires ou de valves cardiaques chirurgicales ou percutanées (TAVI). Les critères de non-inclusion sont : patients ne parlant pas la langue française ; patients s'opposant à la recherche ; patients mineurs. Pour l'ensemble des entretiens, le chercheur responsable de l'étude était informé de la venue des participants dans les services soit par l'interne ou les

externes en pharmacie, soit par les médecins. Le chercheur n'avait jamais rencontré les patients avant les entretiens.

Les patients devaient être vus, dans la mesure du possible, avant la séance d'information sur les coronaropathies et valvulopathies proposée dans le parcours éducatif du service, afin de ne pas être influencés dans leur réponse. L'échantillon a été considéré comme suffisant dès lors que s'est installée une redondance des réponses, indiquant une saturation des données.

Recueil des données

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, après avoir demandé l'autorisation aux participants et intégralement retranscrits pour les cinq premiers, en partie pour les autres. Tous ces échanges ont eu lieu dans les unités de soins, dans une salle close afin de respecter la confidentialité. Au début de l'entretien, les objectifs et les enjeux de la recherche étaient présentés ainsi que le déroulement de l'enquête. Celui-ci s'est appuyé sur un guide préétabli et validé en équipe, par les 2 pharmaciens et les 4 médecins des services concernés (Annexe 1). Il a été testé en amont de l'étude auprès de 3 patients. L'ordre des items proposés pouvait varier selon la dynamique de l'échange, mais chacun d'entre eux devait être abordé (59).

Les principales thématiques abordées avec les patients étaient : leur vécu de l'évènement, leurs connaissances et leurs attentes d'informations concernant les DMI ainsi que leur ressenti actuel.

Analyse des résultats

Une approche inductive a été réalisée au moyen d'une analyse manuelle thématique mixte par *verbatim* (60,61). Il s'agit de retranscrire les données brutes des éléments significatifs décrits par les patients, sans reformulation et de les organiser en catégories afin d'en dégager un modèle d'interprétation sous la forme de classes de thématiques. Sur cette base, et afin de répondre au principe de triangulation de l'interprétation (62), le chercheur et deux

pharmaciens seniors (dont un spécialisé en sciences sociales) ont trié séparément les *verbatim* issus des cinq premiers entretiens, afin d'établir la reproductibilité de classement et de résoudre, le cas échéant, les éventuelles divergences d'interprétation.

RÉSULTATS

L'étude a été menée sur une période de 3 mois (mai à août 2020). Vingt-deux entretiens ont été réalisés selon la répartition suivante : 6 patients porteurs de valves mécaniques (3 femmes et 3 hommes), 5 patients porteurs de valves biologiques (3 femmes et 1 homme), 1 patiente porteuse d'un TAVI ainsi que 10 patients porteurs de stents coronaires (4 femmes et 6 hommes). La moyenne d'âge était de 65 ans. La durée médiane de ces entretiens a été de 22 minutes (Annexe 2).

L'analyse thématique a permis de dégager 3 axes : le vécu de l'évènement à travers une exploration de la santé perçue, des représentations et de l'impact émotionnel en péri-opératoire, l'accès à l'information et les besoins qui en découlent (Figure 13).

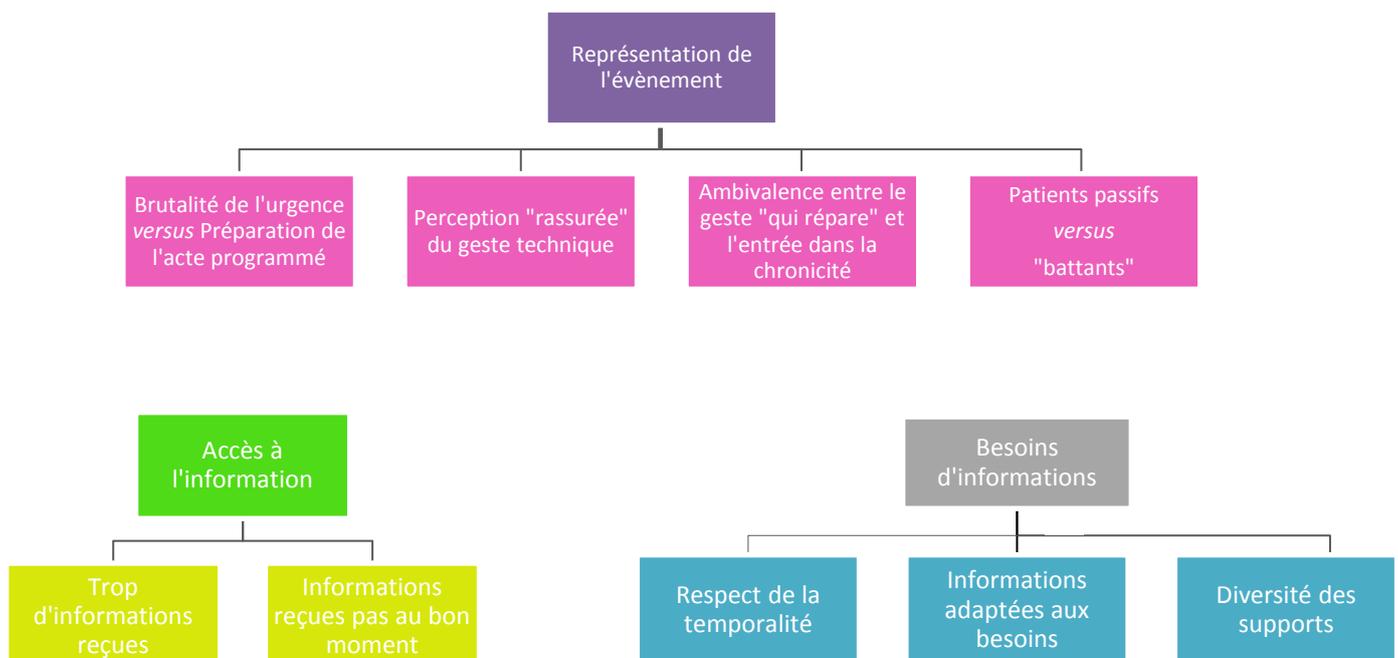


Figure 13. Classifications des verbatims

Représentation de l'évènement

« Psychologiquement on n'est pas tellement préparé. Par exemple la 1^e opération j'étais préparée, j'ai pris ça bien. La 2^e opération a été plus difficile car pas programmée. »

Concernant les DMI de notre étude, leur implantation nécessite une procédure chirurgicale (pour les valves cardiaques) ou interventionnelle (pour les stents coronaires ou TAVI). L'acte est programmé ou réalisé en urgence selon le contexte pathologique. Le vécu du patient est différent selon la chronologie des faits. Aussi, la perception du geste technique utilisé et des produits de santé associés, médicaments et DMI, est variable selon la situation.

La brutalité de l'urgence opposée à la préparation de l'acte programmé

« Mais en fait ça a été tellement brutal que j'ai pas eu le temps de me préparer à tout ça. J'avais pas d'antécédents, ça m'est tombé comme ça, pour moi c'était que des crises d'angoisse. (...) C'était vraiment loin de moi tout ça donc il a fallu qu'en une semaine j'ingurgite tout ça. »

Lorsqu'il s'agit d'une urgence, comme l'infarctus du myocarde, le pronostic vital est mis en jeu et la PEC doit être immédiate. Le patient n'a pas la possibilité de prendre du recul par rapport à ce qui lui arrive.

« Dans l'état où j'étais j'ai dit oui. Mais je me suis pas rendu compte de tout ce que ça entraînait derrière. On me l'aurait dit j'aurais dit oui quand même mais j'aurais préféré être un peu préparé en amont. »

Les patients expriment bien la rudesse de la soudaineté liée à l'épisode vécu.

« Tout ça a été si brutal et inattendu ! »

Le choc est d'autant plus violent quand le patient ne se doute nullement du diagnostic et se retrouve dans l'incompréhension de sa situation. C'est un bouleversement émotionnel.

A l'opposé, lorsque l'acte est programmé, l'adaptation semble possible. Le processus de maturation psychologique peut s'enclencher.

« Émotionnellement pour moi y'a eu un vrai chemin. »

Les informations sont données au préalable, ce qui laisse au patient une période effective pour les intégrer.

« Je le sais depuis une dizaine d'années, dès que ça a été diagnostiqué, on m'avait dit 'un jour viendra où il faudra se faire opérer quoi', je savais qu'il n'y avait pas d'alternative. »

Une perception « rassurée » du geste technique

Nous constatons que certains patients tendent à sacraliser le chirurgien ou le cardiologue interventionnel. L'admiration extrême qu'ils lui portent pourrait même les placer dans un état de soumission.

« Je reconnais quand même que tous ces chirurgiens, c'est quand même des artistes (...) c'est quand même des grands messieurs. Je reconnais que c'est le plus beau métier du monde. Moi je pourrais pas, j'ai pas le courage. J'admire. »

« (...) et puis après je fais confiance quoi. Si vous êtes là c'est que vous êtes la bonne personne. »

Que ce soit pour les valves cardiaques où l'opération se fait à cœur ouvert ou pour les stents coronaires et TAVI par voie percutanée, la procédure est technique. Elle est perçue par le patient comme une pratique courante bien qu'elle reste non dénuée de risques.

« J'ai su aussi que ça fait depuis les années 50 ou 60 qu'ils font des opérations de valve déjà, c'est une opération qui est très connue, je dis, pas tout simple mais qu'ils maîtrisent bien voilà. »

« Opération qu'on fait très très couramment, oui c'est cœur ouvert mais bon moi je l'ai traduite par appendicite du cardiaque, bon bah voilà je me suis dit je pars pour l'appendicite cardiaque et puis c'est tout quoi ».

Certains patients ont tendance à minimiser la situation grâce à l'absence de douleur ressentie (essentiellement lors de la pose de stents).

« Et donc il m'a tranquilisé, puis sans douleurs, sans rien, 15 min après je lui pose la question 'quand est-ce qu'on commence ?', il m'a dit 'j'ai fini, voilà'. On se demande même, quand on vous annonce 'vous faites un infarctus', vous dites 'c'est une blague, elle est où la caméra ?' »

L'ambivalence vis-à-vis du geste qui « répare » et des produits de santé qui font entrer dans la chronicité

« Je trouve que c'est quasi merveilleux de pouvoir avoir la capacité d'intégrer un corps étranger dans le corps et dans le cœur, c'est assez épatant quand même. »

Grâce à la technicisation de la médecine, certains patients peuvent considérer le corps comme « réparé » suite à l'intervention chirurgicale, marquant la fin du problème suite à la pose du DMI.

« Tout d'un coup tout est réparé et puis c'est miraculeux, c'est chouette. »

Le patient peut même oublier sa présence malgré la restructuration de l'image corporelle, notamment avec le stigmate visible de l'opération laissée par la cicatrice. Il s'affranchit de l'opération une fois qu'elle est terminée.

(en parlant du stent) « Quand on sent plus rien, on oublie tout. »

Et à la fois, certains médicaments deviennent indispensables après la chirurgie et doivent être pris à vie, marquant ainsi le passage à la chronicité.

« Au niveau médicament, j'accepte parce que j'ai pas le choix et puis bah je m'y fais.
Après je me dis finalement c'est grâce à cela que je suis en vie peut-être, que je continue à
vivre, alors finalement... »

Et l'acceptation de cette situation est difficile.

(médicaments à vie) « Je sais que ça sera plus comme avant, c'est comme ça. »

Face à ce contexte, des patients des plus passifs aux plus « battants »

Face au praticien, certains patients vont rester dans une situation confortable de passivité. Ils s'abandonnent à la PEC suggérée.

« Je fais confiance aux chirurgiens, je fais confiance à la médecine et je cherche pas trop à savoir. »

A l'opposé, si le patient ne retrouve pas ses capacités antérieures, la confiance qu'il a accordée au praticien se trouve ébranlée. La déception prend place et un sentiment d'insatisfaction s'installe, mettant en avant une ambivalence dans la position à adopter.

« On me dit 'on te répare' d'accord et je ressors je suis plus faible que quand je suis rentrée et donc je suis pas sûr d'avoir eu raison de dire oui. »

Enfin, certains patients vont intégrer les enjeux de leur implication dans la PEC. Ils considèrent qu'ils doivent être participatifs et acteurs pour mieux gérer leur état de santé.

« Si le malade se laisse aller, si le malade n'est pas participant de sa guérison, il guérit pas, pour moi c'est comme ça. (...) C'est pour ça que je pense que dans la mesure où on donne des informations aux gens et bien ça participe à leur guérison. »

L'accès à l'information

Nos données mettent en évidence que, en situation aiguë comme à distance de l'épisode, de multiples informations sont transmises aux patients. Comme l'évoquent les précédents

éléments développés, les besoins d'information varient selon l'utilité perçue par chaque patient.

Le ressenti des patients vis-à-vis de l'information reçue : trop et pas au bon moment

Nous constatons que beaucoup de patients se sentent submergés par la quantité d'information reçue, comme un effet de « trop-plein ». Le choc subi peut déjà représenter un frein à la réceptivité des informations.

« C'est trop récent, ça fait trop de choses en une semaine. »

« J'étais pas apte à prendre beaucoup d'informations au départ. »

Pour d'autres, l'information reçue paraît initialement comprise mais certains patients s'aperçoivent qu'elle ne l'est finalement pas, traduisant une potentielle complexité apparente.

« On m'a donné des informations c'est clair mais après dans ma tête ça a été un peu tout le désordre. »

« L'explication du cœur, l'anesthésiste me l'a expliqué mais elle me l'a expliqué en 10 min et puis j'ai l'impression d'avoir tout compris mais en fait j'ai rien compris. »

Certains expriment une réticence à recevoir des informations en phase aiguë, mais qu'ils souhaiteraient explorer par la suite.

« J'ai pas regardé mais peut-être ma fille va regarder, elle va s'intéresser un peu ou alors moi par la suite mais pas tout de suite, j'y mets dans un coin et puis voilà. »

Aussi, certains reconnaissent qu'en savoir trop sur l'opération pourrait constituer une source d'inquiétude qui les rendrait moins sereins face à la situation.

« En fait je crois que j'ai pas osé poser les questions parce que ça me... ouais ça me terrifiait, je voulais pas trop creuser dans cette période-là. Je me dit que le fait d'en savoir pas trop m'a permis d'y aller de façon assez sereine. »

« Les conséquences si ça allait pas, je les avais pas, mais c'est aussi bien, j'aurais rien changé, je serai partie encore plus tendue. »

Enfin, d'autres patients ont la perception que le praticien, contraint par le temps, ne leur accorde pas toujours l'attention nécessaire.

« C'est pas que j'ai pas voulu savoir en détails, c'est que moi j'étais cloué dans mon lit avec une sonde, une perf, des électrodes et puis il passait quand il pouvait. Quand on commençait à discuter, très souvent la conversation était interrompue car il avait une urgence au téléphone donc j'ai pas pu avoir beaucoup de détails directement de sa part. »

Les besoins d'informations

L'apparition d'une nouvelle pathologie suscite divers questionnements chez les patients.

Devant la multitude d'informations reçues, les besoins peuvent être variés.

Des besoins d'information propres au rythme de chaque patient

Plusieurs patients ont évoqué le fait qu'ils ont effectué la démarche par eux-mêmes lorsqu'ils se sentaient prêts.

« J'ai pas eu le temps de demander toutes ces informations et même si ils me les ont donné, en fait j'étais ailleurs. Après je téléphonais, j'allais chercher les informations ailleurs.»

« Je comprends que y'a besoin d'aller à cette vitesse mais tous les gens passent à une vitesse, on a du mal à intégrer les choses surtout que on respire d'en être sorti de ce truc et du coup c'est pas que ça aille vite, c'est pas gênant, c'est normal, faut dégager, je comprends tout à fait mais heureusement que après j'ai suivi le... mais comme y'a eu ce laps de temps, j'ai cherché par moi-même. »

On remarque l'importance de respecter la phase d'adaptation du patient corrélée à l'émergence des questionnements.

« C'est vrai que bon des fois sur le moment on a des questions qui arrivent mais bon des fois y'en a qui vont venir dans un mois, deux mois, c'est pas obligatoirement la question qui va venir tout de suite quoi. »

Des informations selon les besoins perçus par le patient

Adapter l'information apportée au patient, c'est lui permettre de redonner du sens à ce qui lui arrive et, de fait, de se projeter dans l'avenir.

« Les informations elles sont autant importantes pour comprendre ce qui nous est arrivé que pour comprendre ce qui va nous arriver, comment on va gérer etc... C'est bien de comprendre ça pour moins subir. »

Il émerge que beaucoup s'interrogent sur l'après avec des craintes associées aux risques éventuels et sur la potentielle nécessité d'adaptation du mode de vie.

« Bah j'aurais aimé savoir un peu plus comment ça allait se passer après, parce que je sais rien du tout. Après l'opération, maintenant qu'est-ce qu'il faut que je fasse attention à quelque chose, je sais rien du tout là, j'ai aucune idée. »

« Savoir si y a des risques d'infections par rapport à la valve, savoir ce que je dois faire ou pas. »

Nous constatons aussi que la plupart des patients sont demandeurs d'informations accessibles. Ils ne cherchent pas à assimiler les termes techniques du jargon médical mais demandent à minima, que des informations simples soient communiquées.

« C'est sûr qu'on n'est pas capable de tout comprendre mais je pense que si quelqu'un est suffisamment intelligent, il est capable de faire comprendre avec des mots simples, essentiels. Pas besoin de rentrer dans les détails techniques. (...) Bah on me les a pas donné à moi parce qu'on nous prend toujours pour les plus débiles. »

« Moi j'ai toujours besoin de comprendre. Mais je préfère qu'on me dise les choses, qu'on me les explique. »

A contrario, certains vont vouloir approfondir leurs connaissances dans le domaine.

« ... mais encore une fois moi je suis un scientifique donc je comprends, j'imagine bien la situation, je me dis par exemple un commercial qui s'en fout de la science, moi ça m'intéresse en plus, c'est intéressant de savoir ce qui se passe dans notre corps, bah je sais pas si lui ça l'intéresserait. »

(en parlant de la composition de la valve) « J'ai peut-être pu demander en quoi elle était, comme je travaille dans la mécanique. »

La nécessité de disposer de divers supports d'information

Plusieurs patients évoquent la problématique de l'oubli représentant une limite dans l'assimilation des informations reçues.

« Ils vont certainement me l'expliquer mais je vous dit mollo parce que vous savez quand on a un certain âge, on retient pas tout. Ils vous en disent tellement, on oublie. »

L'intérêt d'un support écrit prend alors tout son sens, pour garder trace. Le patient peut s'y référer facilement quand le besoin se manifeste.

« Puis à un moment donné on est perdu donc oui un doc ça peut être bien je pense. »

« Oui un petit support ou je le fais mais on a besoin de relire un peu. »

Pour certains patients, ce sera une information orale qui sera préférée au support écrit.

« Je préfère qu'on me le dise, qu'on m'explique de vive voix comme il faut, que je sois sûr, au moins on comprend mieux. »

Pour d'autres encore, ce sera l'association d'une explication orale avec un support adapté.

(le chirurgien a montré une maquette de la valve) « Oui j'ai très bien aimé l'explication, j'ai accepté facilement parce que du fait que j'ai vu et que j'ai très confiance en lui. »

« Je me disais à la limite ce serait bien qu'on me fasse un croquis du cœur, en me montrant ce qui est altéré, voilà je sais pas mais ça cogite dans ma tête. Voilà éventuellement un schéma du cœur avec ce qui est atteint, où est le... alors je sais où il est le stent, il est à gauche, enfin si j'ai bien compris. »

DISCUSSION

Notre travail a cherché à déterminer les besoins éducatifs des patients porteurs de valves cardiaques mécaniques ou biologiques et de stents coronaires. Cette question est particulièrement prégnante au vu du contexte épidémiologique actuel des maladies cardiovasculaires mais aussi vis-à-vis du large recours aux DMI dans ces pathologies.

Il s'agit, à notre connaissance, du premier travail français s'intéressant spécifiquement à la façon dont les patients s'approprient leur DMI en cardiologie.

Limites et biais

Même si les profils recherchés étaient variés, le recrutement des participants s'est effectué en collaboration avec les médecins et l'interne en pharmacie du service, créant un biais de participation qui a pu engendrer un biais de désirabilité sociale. De plus, l'étude est monocentrique, et les réponses sont donc liées à un parcours précis, celui du CHUGA. Enfin, l'analyse thématique par triangulation n'a été réalisée que pour les cinq premiers entretiens (sur 24), ce qui pourrait paraître trop limité. Cependant le volume important de verbatim traités sur cette première phase a permis de construire une grille reproductible.

Le cœur, l'organe vital à « réparer »

En premier lieu, l'analyse de nos données est imprégnée d'une dimension symbolique forte liée au cœur. Dans l'inconscient collectif, il n'est pas un organe comme les autres, et représente l'organe vital par excellence (63). Le chirurgien et le cardiologue interventionnel sont alors vus comme ceux qui « réparent » l'organe vital défaillant. Leur geste technique est projeté dans le domaine du *sacré* (64).

Nous retrouvons bien cette vision dans nos résultats : les patients accordent au corps médical une confiance absolue, qui peut les amener à banaliser la procédure subie et à considérer ensuite le corps comme « restauré ».

Identifier chez le patient sa préritude face à la chirurgie

On remarque bien qu'une situation d'apparition aiguë est associée à une brutalité et à un choc émotionnel. Le patient ne semble pas en capacité de recevoir et d'assimiler beaucoup d'informations, contrairement à un acte programmé. Dans cette seconde situation, il peut avoir le temps de se préparer cognitivement et psychologiquement face à l'opération qu'il va subir et d'être, de ce fait, plus réceptif aux informations reçues. Il convient donc de décrypter, face à ce dernier, son degré de préparation à la transition que va induire la chirurgie.

Identifier les patients « bloqués » dans le mirage du curatif

Pourtant, la suite de la PEC s'inscrit dans une chronicité : il sera demandé au patient de s'engager au long cours dans une prise médicamenteuse et la gestion des facteurs de risque associés. Une ambivalence peut alors s'installer chez le patient, entre une vision curative de l'opération avec l'implantation du DMI (la fin de ses « problèmes ») et l'amorce d'un suivi qui s'inscrit dans la chronicité (le démarrage de « nouvelles contraintes »). Nous pouvons assimiler cela à une mise en concurrence d'un modèle « réparateur » par l'acte chirurgical,

pour lequel le patient est « simple client », vis-à-vis d'un modèle « mainteneur » par la prévention secondaire, pour lequel il est l'acteur principal.

Nos résultats mettent bien en évidence l'hétérogénéité des patients sur le plan psychocomportemental. Face à l'engagement sollicité par la chronicité de la pathologie, certains restent dans un état de passivité alors que d'autres prennent conscience de l'importance de leur implication dans leur PEC.

Adapter les informations apportées au patient

Un constat majeur associé à l'analyse de nos résultats est celui d'une information reçue en quantité trop importante et pas toujours délivrée au bon moment. De fait, l'abord des patients en termes d'accompagnement éducatif nécessite l'exploration individualisée de leurs représentations, afin d'identifier leurs propres ressources, et mettre en œuvre la stratégie la plus adaptée pour accompagner cette transition du curatif au préventif. Notre proposition s'inscrit dans ce nœud spécifique de l'accompagnement progressif de nos patients grâce au respect de la temporalité de la prise en charge. Ainsi, face à ces constats et analyses, nous suggérons un processus d'accompagnement échelonné en 5 étapes (Figure 14). Son descriptif est détaillé en annexe (Annexe 3).

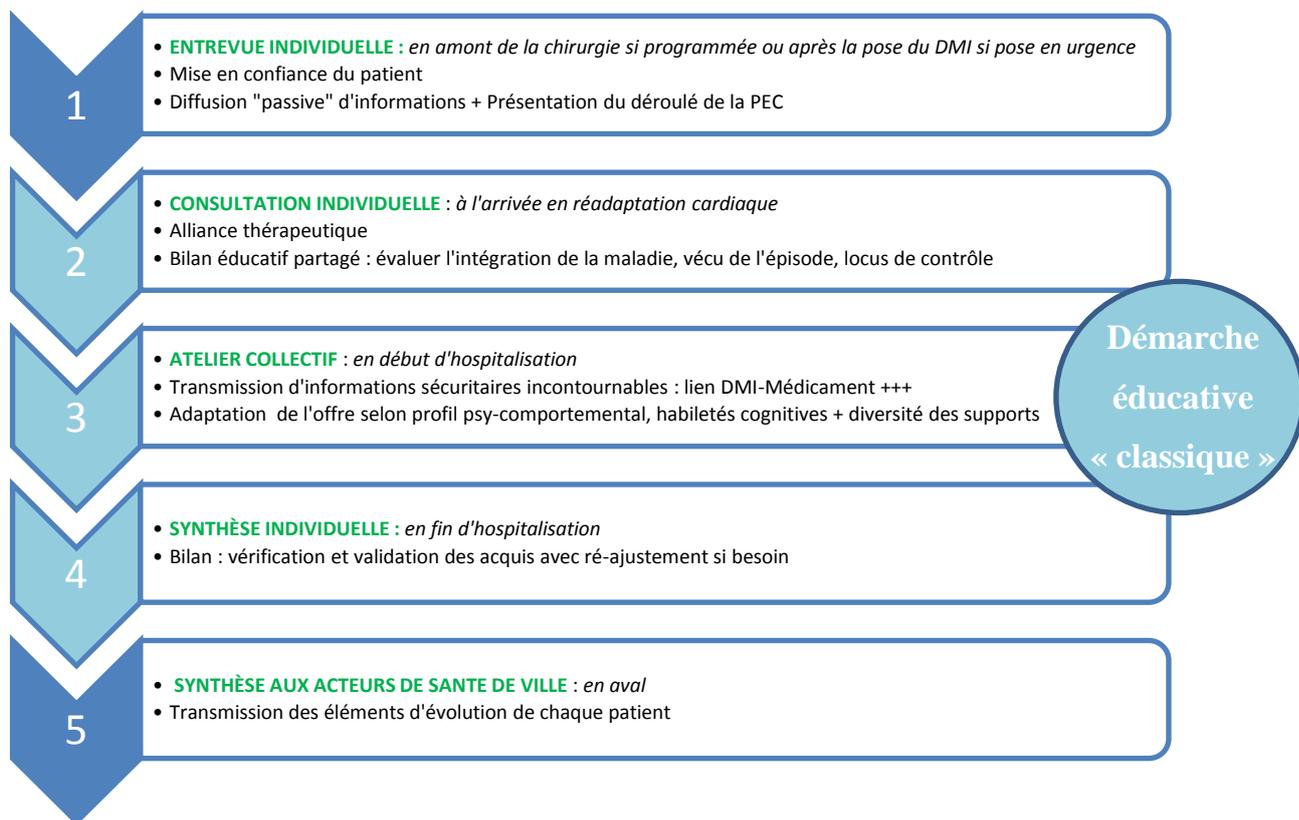


Figure 14. Etapes du processus d'accompagnement élaboré

Le programme se base sur différentes approches réparties tout au long du parcours du patient de la phase aiguë jusqu'à sa sortie du service. Il suit une démarche éducative « classique » en intégrant, en plus, pour chaque patient : le vécu du passage ambivalent de l'intervention curative à l'après de la chronicité, caractère propre au DMI ; l'appréhension du *locus de contrôle*, paramètre déterminant de son implication dans sa PEC et la proposition de divers outils ou supports à présenter selon les besoins.

Ce programme élaboré a pour but d'accompagner le patient de manière structurée et homogène afin de s'adapter à ses besoins et aux éventuelles évolutions de son comportement. Ainsi, l'équipe de soin doit se placer dans une posture collaborative.

Afin de garantir une pérennité de ce modèle et d'en dégager les éventuelles difficultés ou problématiques, une étude de faisabilité devra être réalisée par la suite.

CONCLUSION

THÈSE SOUTENUE PAR : Carolina KONIECZNY

TITRE : BESOINS ÉDUCATIFS ET DISPOSITIF MÉDICAL IMPLANTABLE :
COMMENT RÉPONDRE AUX ATTENTES DES PATIENTS PORTEURS DE
STENTS CORONAIRES ET VALVES CARDIAQUES ?

CONCLUSION :

En raison de leur forte prévalence, les maladies cardiovasculaires représentent un enjeu majeur de santé publique. Dans les coronaropathies et valvulopathies, les patients bénéficient de l'implantation d'un dispositif médical nécessitant une gestion au long cours des médicaments et des facteurs de risques associés. Peu de travaux concernent l'information et l'accompagnement éducatif autour du dispositif médical, pourtant primordial dans la prise en charge du patient chronique. Afin de développer une ingénierie de formation adaptée, il est nécessaire au préalable d'appréhender les attentes et besoins des personnes cibles.

Ainsi, l'objectif de ce travail est de décrire les besoins éducatifs des patients porteurs de stents coronaires et de valves cardiaques prothétiques mécaniques et biologiques.

Concernant la méthodologie, nous avons choisi une approche exploratoire basée sur la réalisation d'une série d'entretiens semi-structurés. Nous avons rencontré 22 patients en service de réadaptation cardiaque au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble sur la période de mai à août 2020. Une analyse thématique inductive manuelle a été réalisée.

Les résultats mettent d'abord en évidence plusieurs aspects autour de la représentation de l'intervention subie : une disparité entre l'acte programmé permettant une préparation et l'urgence vécue comme brutale, une perception rassurée de la procédure technique sacralisée ou bien minimisée, une ambivalence émergente entre le geste « réparateur » et la nécessaire entrée dans la chronicité et une attitude hétérogène des patients, passive ou au contraire combative. En outre, nous constatons que l'information reçue est ressentie par les patients

comme trop importante et pas donnée au bon moment. Enfin, les informations attendues témoignent de besoins axés sur un respect de la temporalité de l'accès à l'information, une adaptation au profil individuel de chaque patient et une disponibilité de divers supports.

Par ces constats, nous pouvons identifier chez les patients interrogés qu'une vision du « cœur réparé » entre en conflit cognitif avec la nécessaire entrée dans la chronicité qu'impose le suivi préventif secondaire, particularité propre au dispositif médical implantable. Afin de répondre aux besoins individuels évoqués, nous proposons un modèle d'accompagnement progressif échelonné en plusieurs étapes, se basant sur la gradation dans le temps et le fonctionnement psycho-comportemental de chaque patient. Différents outils pourront être mis à disposition et seront à ajuster selon chaque bilan éducatif, afin de permettre une intégration optimale des ressources mises à disposition. Les acteurs de santé exerçant en ville seront sollicités afin d'assurer un suivi en aval.

Afin de s'adapter au patient, l'équipe de soin doit se placer dans une posture collaborative, et accompagner, de manière structurée et homogène, les évolutions de comportement de ce dernier. C'est tout l'enjeu du chemin que l'éducation thérapeutique propose et dans lequel le domaine des dispositifs médicaux doit trouver sa place.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le :

LE DOYEN :
Pr Michel SEVE



LE DIRECTEUR DE THESE :
Dr Delphine SCHMITT

LE TUTEUR UNIVERSITAIRE :
Pr Benoît ALLENET

C.H.U. GRENOBLE ALPES
Rôle Pharmacie
Pr Benoît ALLENET
N° ordre section : 90767-H
N° RPPS : 10001831758

Bibliographie

1. WHO. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. WHO. World Health Organization. 2017. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Maladies cardiovasculaires [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/article/maladies-cardiovasculaires>
3. Haute Autorité de Santé. Organisation des Parcours - Évaluation du niveau de risque cardiovasculaire du patient. 2018.
4. Blanchard D. Activité de cardiologie interventionnelle. Congrès HighTechLive; 2021 janv 29; Marseille.
5. Haute Autorité de Santé. Réévaluation des critères d'éligibilité des centres implantant des bioprothèses valvulaires aortiques par voie artérielle transcutanée ou par voie transapicale (2020) [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3217856/fr/reevaluation-des-criteres-d-eligibilite-des-centres-implantant-des-bioprotheses-valvulaires-aortiques-par-voie-artérielle-transcutanee-ou-par-voie-transapicale-2020
6. Oscars, Fiche Action - Programme éducationnel pour une gestion améliorée des sujets à risque cardio-vasculaire élevé. PEGASE 2; 2012.
7. Thiam Y, Gerbaud L, Grondin M-A, Blanquet M, Marty L, Pruilhere Vaquier S, et al. Éducation thérapeutique en court séjour : quelles limites ? Cas de patients cardiovasculaires. Santé Publique. 2012;24(4):291 - 302.
8. Le fonctionnement du cœur [Internet]. Fédération Française de Cardiologie. Disponible sur: <https://www.fedecardio.org/Je-m-informe/Le-coeur/le-fonctionnement-du-coeur>
9. Simard L. Prédicteurs de la dégénérescence échocardiographique des greffons valvulaires suite à une procédure chirurgicale de Ross dans le traitement des maladies valvulaires aortiques. Mémoire de Maîtrise expérimentale en médecine; 2019.
10. Maladies valvulaires cardiaques [Internet]. Institut de Cardiologie de Montréal. Disponible sur: <https://www.icm-mhi.org/fr/soins-et-services/maladies-cardiovasculaires/maladies-valvulaires-cardiaques>
11. Valvulopathies [Internet]. Fondation Recherche Cardio-Vasculaire, Institut de France. Disponible sur: <http://www.fondation-recherche-cardio-vasculaire.org/votre-sante-cardio-vasculaire/les-maladies-cardio-vasculaires/les-valvulopathies/>
12. Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, De Bonis M, Hamm C, Holm PJ, et al. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. Eur Heart J. 21 sept 2017;38(36):2739-91.

13. Guérin P. Traitement percutané de l'insuffisance mitrale par Mitraclip chez le sujet âgé. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. 1 déc 2018;67(6):474-81.
14. Bussièrès S, St-Arnaud A, Lacasse Y. Rapport d'évaluation des traitements antithrombotiques à la suite de chirurgies de remplacement de valves cardiaques. UETMIS Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval; 2021.
15. Delahaye F. Recommandations de la Société européenne de cardiologie sur les valvulopathies. *Réalités cardiologiques*. 2017;
16. Porterie J, Lhermusier T, Bouisset F, Grunenwald E, Marcheix B. Implantation de prothèse valvulaire aortique par technique endovasculaire. *Techniques chirurgicales - Thorax*. 14 nov 2017;
17. Fournier S, Monney P, Ferrari E, Iglesias JF, Roguelov C, Zuffi A, et al. Implantation de valve aortique par voie transcathéter (TAVI) : update sur les indications. *Revue Médicale Suisse*. 27 mai 2015;11(476):1197-202.
18. Baudin B, Cohen A, Berthelot-Garcias E, Meuleman C, Dufaitre G, Ederhy S, et al. Données épidémiologiques des maladies cardiovasculaires et prise en charge des accidents cardiovasculaires. *Revue Francophone des Laboratoires*. 1 févr 2009;2009(409):27-39.
19. Hunziker P, Pfisterer M, Marsch S. Syndrome coronaire aigu: diagnostic et stratification des risques. *Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum*. 18 juin 2003;
20. Maladie du cœur [Internet]. Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. Disponible sur: <https://www.ottawaheart.ca/fr/maladie-coronarienne-guide-%C3%A0-l'intention-des-patients/maladie-du-c%C5%93ur>
21. Cardiovascular disease [Internet]. Fondation de France. 2017. Disponible sur: <https://www.fondationdefrance.org/en/cardiovascular-disease>
22. Maladie coronarienne [Internet]. Fondation Suisse de Cardiologie. Disponible sur: <https://www.swissheart.ch/fr/maladies-cardiaques-avc/maladies/maladie-coronarienne.html>
23. Akoudad H, Benamer H. Physiopathologie et étiopathogénie de l'infarctus du myocarde. *EMC - Cardiologie-Angéiologie*. 1 févr 2004;1(1):49-67.
24. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 7 janv 2018;39(2):119-77.
25. Mesnard T. DMI en chirurgie vasculaire et radiologie interventionnelle. DU DMI, Université de Lille; 2019 mai.

26. Kallel R, Hakim R, Rangé G. Thrombose de stent : quoi de neuf en 2017 ? *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. 1 oct 2017;66.
27. Porouchani S. *Cardiologie interventionnelle*. DU DMI, Université de Lille; 2019 mai.
28. Taylor RS, Long L, Mordi IR, Madsen MT, Davies EJ, Dalal H, et al. Exercise-Based Rehabilitation for Heart Failure: Cochrane Systematic Review, Meta-Analysis, and Trial Sequential Analysis. *JACC Heart Fail*. 16 août 2019;7(8):691-705.
29. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*. 16 juin 2009;119(23):3028-35.
30. Latry P, Martin-Latry K, Lafitte M, Peter C, Couffinhal T. Dual antiplatelet therapy after myocardial infarction and percutaneous coronary intervention: Analysis of patient adherence using a French health insurance reimbursement database. *EuroIntervention : journal of EuroPCR in collaboration with the Working Group on Interventional Cardiology of the European Society of Cardiology*. 20 avr 2012;7:1413-9.
31. Hirsch E. *Ethique, médecine et société - Comprendre, réfléchir, décider*. Vuibert; 2008.
32. Organisation Mondiale de la Santé. *Promotion de la Santé - Charte d'Ottawa*. 1986.
33. Code de la Santé Publique. Article R.4127-35 - Information du patient. *Legifrance*. 1961.
34. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Legifrance*. 2002.
35. Haute Autorité de Santé. Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire
36. Mougeot F, Robelet M, Rambaud C, Occelli P, Buchet-Poyau K, Touzet S, et al. L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Sante Publique*. 27 mars 2018;Vol. 30(1):73-81.
37. Gustafson DH, Hawkins RP, Boberg EW, McTavish F, Owens B, Wise M, et al. 10 years of research and development in consumer health informatics for broad populations, including the underserved. *Int J Med Inform*. 12 nov 2002;65(3):169-77.
38. Bouffette L, Pouteau C. Les séquences pédagogiques : savoir, savoir-faire et savoir-être. *Echanges - AFIDTN*. 2011;(97):10.
39. Jourdain P. L'éducation thérapeutique du patient dans les maladies chroniques [Internet]. *Performance et innovation dans les établissements de santé*. Dunod; 2015 [cité 7 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/performance-et-innovation-dans-les-etablissements--9782100710973-page-433.htm>

40. Robinson JD. An interactional structure of medical activities during acute visits and its implications for patients' participation. *Health Commun.* 2003;15(1):27-57.
41. Allenet B, Lehmann A, Baudrant M, Gauchet A. Il nous faut arrêter de parler du patient « non observant » à ses traitements mais plutôt d'un patient présentant des difficultés d'adhésion médicamenteuse. *Annales Pharmaceutiques Françaises.* 1 nov 2018;76(6):489-98.
42. Verdier M. En quoi le fonctionnement d'un dispositif médical peut-il impacter la responsabilisation du patient dans la gestion de sa santé ? Université de Lille; 2018.
43. Barbier A, Koussougbo F, Tosato G, Pinçon C, Guénault N. Pharmacie clinique appliquée aux dispositifs médicaux : information des patients sur les prothèses articulaires : intérêts et optimisation. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien.* 1 juill 2018;53(3):198-208.
44. Stoltz K, Villain J, Ettahar N, Aubert J, Drancourt P, Inghels Y, et al. Conciliation dédiée aux DM : impact sur la prise en charge des patients porteurs de PICC Line. *Journées Europharmat; 2019; Marseille.*
45. Pruvost J, Castel C, Chapirot C. Suivi des patients stomisés : amélioration du lien ville-hôpital via les pharmaciens. *Journées Europharmat; 2017; Saint-Malo.*
46. Maladies cardiovasculaires et accident vasculaire cérébral [Internet]. Santé Publique France. 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral>
47. Jourdain P. L'éducation thérapeutique du patient dans les maladies chroniques [Internet]. Performance et innovation dans les établissements de santé. Dunod; 2015. Disponible sur: <https://www.cairn.info/performance-et-innovation-dans-les-etablissements--9782100710973-page-433.htm>
48. Rashidi A, Kaistha P, Whitehead L, Robinson S. Factors that influence adherence to treatment plans amongst people living with cardiovascular disease: A review of published qualitative research studies. *International Journal of Nursing Studies.* 1 oct 2020;110:103727.
49. Al-Ganmi AHA, Alotaibi A, Gholizadeh L, Perry L. Medication adherence and predictive factors in patients with cardiovascular disease: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences.* 2020;22(2):454-63.
50. Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to Drugs That Prevent Cardiovascular Disease: Meta-analysis on 376,162 Patients. *The American Journal of Medicine.* 1 sept 2012;125(9):882-887.e1.
51. Gleyze P, Guardiolle J-C, Coudane H, Hureau J. Analyse comparative des niveaux de preuve de l'information préopératoire des patients selon différentes méthodologies et supports. 2008;8.

52. Al-Ganmi AH, Perry L, Gholizadeh L, Alotaibi AM. Cardiovascular medication adherence among patients with cardiac disease: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2016;72(12):3001-14.
53. Billon L, Décaudin B, Pasquier G, Lons A, Deken-Delannoy V, Germe A-F, et al. Prothèse de hanche et de genou : évaluation prospective du niveau de connaissance des patients, de leur besoin d'information au cours de leur prise en charge, et du transfert d'information par le chirurgien. *Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique*. 1 déc 2017;103(8):846-52.
54. Suivi des patients stomisés : amélioration du lien ville-hôpital via les pharmaciens. *Journées Europharmat*; 2017.
55. EPHORA Base actions - Education thérapeutique du patient en réadaptation cardiaque : patients atteints de maladie coronaire, valvulaire ou insuffisants cardiaques [Internet]. Ressources en éducation thérapeutique du patient en Auvergne Rhône-Alpes. 2020. Disponible sur: <http://www.ephora.fr/ephora/action.asp?action=12&id=356>
56. Blanchet A., Gotman A. L'entretien – L'enquête et ses méthodes. 2^e éd. Armand Colin; 2010.
57. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 janv 2015;15(157):50-4.
58. De Ketele J, Roegiers X. Méthodes en sciences humaines. Méthodologie du recueil d'informations. Fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'étude de documents. 4^e éd. De Boeck supérieur; 2016.
59. Berthier, Nicole. Les techniques d'enquête en sciences sociales - Méthodes et exercices corrigés. 4^e éd. Armand Colin; 2010.
60. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. 2006;26:18.
61. Santiago-Delefosse M, del Rio Carral M. Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé - Psychologie sociale. Dunod; 2017.
62. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*. 2001;32.
63. Guimelchain-Bonnet M. Représentations du coeur et maladies cardiovasculaires. *Représentations du coeur et maladies cardiovasculaires*. 2007;(89):11-2.
64. Caillol M. Dieu n'est pas chirurgien : un cheminement éthique à la recherche des traces du sacré en chirurgie [Internet] [These de doctorat]. Paris Est; 2012. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2012PEST0040>

Annexes

Annexe 1. Guide d'entretien

THEMES	IDEES
Expériences	<ul style="list-style-type: none">○ Vécu de l'évènement○ Impact émotionnel (faible <i>versus</i> traumatisant)
Connaissances / Informations sur le Dispositif Médical Implantable (DMI)	<ul style="list-style-type: none">○ Types et sources d'informations recherchés○ Processus de recueil○ Support souhaité○ Quantité d'information○ Besoin d'information du partenaire/personne accompagnante
Traitement médicamenteux actuel	<ul style="list-style-type: none">○ Lien médicament – DMI○ Compréhension de l'intérêt du traitement
Perception actuelle	Craintes – Peurs en lien ou non avec le DMI
Synthèse	Reformulation des idées clefs

Annexe 2. Caractéristiques des participants de l'étude

Participant	Genre	Age	DMI	Evènement	Lieu	Durée
1	F	57 ans	Valve mécanique	Programmé	CHUGA	38 min
2	F	87 ans	TAVI	Programmé	CHUGA	26 min
3	F	83 ans	Valve biologique	Urgence	CH	41 min
4	M	50 ans	Stent coronaire	Urgence	CH	19 min
5	M	65 ans	Valve biologique	Programmé	CHUGA	21 min
6	M	63 ans	Stent coronaire	Urgence puis Programmé	Clinique	11 min
7	M	69 ans	Stent coronaire	Urgence	CH	21 min
8	M	55 ans	Valve mécanique	Programmé (semi-urgence)	CHUGA	15 min
9	M	72 ans	Valve biologique	Programmé (semi-urgence)	CHUGA	14 min
10	M	50 ans	Stent coronaire	Urgence	Clinique	49 min
11	F	67 ans	Stent coronaire	Programmé	CHUGA	48 min
12	M	57 ans	Valve mécanique	Programmé (semi-urgence)	CHUGA	22 min
13	M	75 ans	Stent coronaire	Urgence	Clinique	13 min
14	M	76 ans	Stent coronaire	Urgence puis Programmé	Clinique	22 min
15	F	55 ans	Stent coronaire	Urgence	CHUGA	37 min
16	M	73 ans	Valve biologique	Programmé	CHUGA	9 min
17	F	71 ans	Stent coronaire	Programmé puis Urgence	Clinique	1h30
18	F	52 ans	Valve mécanique	Programmé	CHUGA	19 min
19	F	60 ans	Valve biologique	Programmé (semi-urgence)	CHUGA	40 min
20	F	81 ans	Stent coronaire	Programmé	CHUGA	26 min
21	M	48 ans	Valve mécanique	Programmé	CHUGA	12 min
22	F	52 ans	Valve mécanique	Urgence	CHUGA	13 min

Annexe 3. Mode opératoire du processus d'accompagnement pédagogique

La *première étape* consiste en une entrevue individuelle en amont de la chirurgie pour créer un premier contact avec le patient et le mettre en confiance. Le but est de lui présenter le déroulement de la PEC à venir et de le rassurer quant à la possibilité d'intégration d'informations diverses au fur et à mesure du temps. Si l'évènement survient dans l'urgence, cela peut s'effectuer quelques jours après la pose du DMI, en secteur aigu. A ce stade, il convient de diffuser les informations minimales requises de manière « passive », adapté à l'état psychique du patient.

La *seconde étape* repose sur le développement d'une consultation individuelle à l'arrivée dans le service de réadaptation cardiaque pour réaliser un bilan éducatif partagé (BEP) afin de créer une alliance pédagogique. Il s'agit tout d'abord d'appréhender comment le patient a intégré la maladie à travers le caractère « réparateur » de l'intervention, paramètre spécifique au champ du DMI qui amènerait peut-être les patients à présenter moins d'attentes éducatives concernant le DM par rapport aux médicaments. Malgré tout, il apparaît primordial que les patients comprennent ce qu'il leur est arrivé en amont pour qu'ils puissent ensuite intégrer les informations reçues et faire le lien entre chaque élément. Aussi, il faut évaluer le vécu de l'épisode selon son caractère aigu ou programmé afin de comprendre dans quelle phase de maturation psychologique se trouve le patient. Enfin, il faut déterminer son *locus de contrôle* dont on peut supposer qu'il sera le reflet des besoins. Ce paramètre sera donc à identifier afin de pouvoir guider le patient dans son programme personnalisé. Si le patient se présente plutôt comme passif (*locus externe*) il serait judicieux de trouver des moyens d'intérêt à lui communiquer pour qu'il puisse devenir participatif (*locus interne*) et donc qu'il cherche à approfondir par lui-même. Si besoin, un psychologue clinicien peut intervenir afin d'aider le patient à avancer dans son processus d'acceptation. Des fiches individuelles seront réalisées afin de résumer les paramètres de profil de chaque patient et leurs attentes pour pouvoir s'y

référer par la suite afin d'évaluer l'évolution dans leur parcours. Il s'agit d'une amorce de réflexion à l'adaptation de l'offre pédagogique proposée au patient.

La *troisième étape* permet de déployer un atelier collectif en début d'hospitalisation, afin de transmettre une base d'informations sécuritaires incontournables pour favoriser l'adhésion médicamenteuse (lien étroit entre médicaments anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires et DMI) et assurer la gestion de la prise de risque de *l'après* (risque de resténose sur d'autres artères, détection des symptômes évocateurs, etc...). Nous proposons de constituer des groupes seulement en fonction du type de DMI afin de favoriser l'interactivité entre les patients. Le profil psycho-social de chaque patient ainsi que les habiletés cognitives seront prises en compte en amont lors du BEP afin de les adapter au groupe. Par exemple l'âge avancé peut favoriser l'oubli ou encore la profession peut influencer la soif de connaissance. Certaines questions posées individuellement ou lors des entretiens individuels peuvent être réutilisées dans le groupe pour favoriser sa synergie et en faire émerger d'autres durant la séance. Concernant l'outillage des séances, nous imaginons une mallette pédagogique regroupant divers outils à proposer en fonction des attentes des patients et adaptés à leur niveau de littératie. Par exemple, seraient à disposition des exemplaires de stents et de valves prothétiques pour les patients qui souhaitent voir et toucher les dispositifs. Des tableaux de classement des traitements, des vidéos témoignages ou descriptives de chaque opération pourraient aussi être proposés.

La *quatrième étape* porte sur une synthèse individuelle en fin d'hospitalisation pour faire le point avec le patient sur ses acquis, valider sa compréhension dans une écoute réflexive et les réajuster si besoin. Les divers outils peuvent à nouveau être proposés si le patient n'en avait pas manifesté l'utilité auparavant. Les fiches élaborées lors de la synthèse individuelle seront complétées.

La *dernière étape* consiste à diffuser une synthèse aux acteurs de santé de ville en aval (médecins généralistes, pharmaciens d'officines etc...) afin de transmettre les éléments d'évolution de chaque patient et d'assurer un suivi dans la chronicité, après accord préalable du patient.



Serment de Galien



« En présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples, je jure :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

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

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

Carolina KONIECZNY

**BESOINS ÉDUCATIFS ET DISPOSITIF MÉDICAL IMPLANTABLE :
COMMENT RÉPONDRE AUX ATTENTES DES PATIENTS PORTEURS DE
STENTS CORONAIRES ET DE VALVES CARDIAQUES ?**

RÉSUMÉ : En France, les maladies cardiovasculaires sont un enjeu majeur de santé publique. Au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, les patients atteints de ces pathologies ont la possibilité d'intégrer un programme d'éducation thérapeutique en service de réadaptation cardiaque. L'objectif de cette étude est de réaliser une analyse des besoins éducatifs des patients porteurs de stents coronaires et de prothèse valvulaire cardiaque. Selon une méthode exploratoire qualitative, des entretiens de recherche semi-directifs ont été conduits auprès de 22 patients et une analyse thématique inductive a été réalisée. Nous constatons qu'une intervention chirurgicale réalisée dans l'urgence ne facilite pas l'assimilation des informations en comparaison à un acte programmé. Une ambivalence émerge entre le geste technique « réparateur » et la nécessaire entrée dans la chronicité. Certains patients réagissent de manière passive alors que d'autres deviennent très tôt acteurs. Les informations reçues sont parfois trop importantes et pas données au bon moment. Celles attendues varient selon la temporalité, les besoins individuels et les supports utilisés. Nous pensons que l'image du « cœur réparé » crée un conflit cognitif avec la chronicité qu'impose le suivi préventif secondaire, particularité propre au dispositif médical implantable. Un modèle d'accompagnement progressif des patients basé sur le respect de la temporalité et sur leur fonctionnement psycho-comportemental est imaginé. Différents outils pourront être mis à disposition et ajustés au profil de chacun. L'équipe de soin doit se placer dans une posture collaborative pour s'adapter au patient et ainsi favoriser son adhésion à sa prise en charge.

MOTS CLÉS : Besoins éducatifs, Dispositif Médical Implantable, Cardiologie

FILIÈRE : Pharmacie hospitalière – Pratique et Recherche