

# **EDUCATION THERAPEUTIQUE DANS LA MALADIE CORONARIENNE : POSITION DU GERS (GROUPE EXERCICE, READAPTATION ET SPORT) ET DE LA COMMISSION D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DE LA SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE**

Bruno Pavy, Régis Barbet, François Carré, Christine Champion, Marie-Christine Iliou, Patrick Jourdain, Yves Juillièrre, Catherine Monpère, Richard Brion

Groupe de relecture (GERS) : Gilles Bosser, Jean-Louis Bussière, Gilles Cellarier, Alain Cohen-Solal, Sonia Corone, Sophie Durand, Barnabas Gellen, Sylvain Guérard, Bernard Pierre, Jean-Yves Tabet, Bénédicte Vergès.

Groupe de relecture (Commission ETP) : Patrick Assyag, François Delahaye, Jean-Jacques Dujardin, Daniel Herpin, Jean-Pierre Houppé, Jean Ferrières, François Paillard, Véronique Thoré, Jean-Noël Trochu.

## **Résumé**

La mortalité cardiovasculaire a diminué de moitié en 25 ans, en raison des progrès de la prise en charge des syndromes coronaires aigus (SCA) et des actions de prévention. Néanmoins, l'incidence de la maladie coronarienne stable reste élevée, avec un risque annuel de 4,7% (mort cardiaque, infarctus du myocarde, accident cérébral). La prise en charge des facteurs de risque modifiables reste une priorité, tant en prévention primaire que secondaire, afin d'améliorer le pronostic de cette affection redoutable dont le caractère asymptomatique n'est pas synonyme de bénignité. L'aide au sevrage du tabac, une activité physique régulière, une alimentation cardioprotectrice (régime « méditerranéen »), la gestion du stress, une bonne adhésion au traitement médicamenteux qui améliore son observance, un recours judicieux au système de santé, l'aide à la réinsertion professionnelle sont les enjeux actuels de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) coronarien.

A partir des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) publiées en 2007, les programmes (existants et futurs) doivent se mettre en conformité avec la législation actuelle.

## **Introduction**

La réduction de la mortalité cardiovasculaire est largement expliquée par les actions de prévention [1-3]. De ce fait, la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire est reconnue comme une priorité dans les programmes de prévention primaire et secondaire [4-8]. Dans cette optique, les programmes éducatifs constituent une opportunité unique pour améliorer l'adhésion à un mode de vie favorable [9-11].

L'intérêt de l'ETP du patient coronarien a été mis en évidence par plusieurs types d'approches.

Le programme européen EUROACTION a montré l'efficacité d'une approche incluant l'environnement du patient aux fins d'optimiser le traitement et la prise en charge des facteurs de risque [12]. L'étude italienne GOSPEL a évalué l'impact bénéfique sur le contrôle des facteurs de risque et la récurrence des infarctus non mortels d'un programme éducatif prolongé sur 3 ans, au décours d'une réadaptation cardiaque [13].

En France, le score de risque de Framingham est amélioré par un programme d'ETP (PEGASE) destiné à des patients porteurs d'une hypercholestérolémie en prévention primaire et secondaire. Cette amélioration comparée au groupe contrôle n'est cependant pas

statistiquement significative, ce qui est probablement dû en partie à un suivi trop court de 6 mois [14].

Un programme d'ETP de proximité destiné à des patients hypertendus, coronariens et insuffisants cardiaques a été expérimenté auprès des affiliés au régime agricole (MSA). Il a permis d'améliorer leur compréhension du traitement, de l'alimentation et de l'activité physique [15]. Des travaux réalisés ces dernières années, émanant de réseaux de santé et d'unités d'éducation et de réadaptation, vont dans le même sens [16-19]. Cette revue n'est pas exhaustive.

L'ETP de l'insuffisant cardiaque, développée depuis plusieurs années [20], a fait la preuve de son efficacité et a fait l'objet d'une recommandation spécifique de la Société Française de Cardiologie (SFC) [21].

## **Problématique**

L'éducation thérapeutique qui doit faire partie de la prise en charge des patients coronariens ne peut pas se limiter à une simple information. L'information est en effet centrée sur la pathologie alors que l'éducation est centrée sur le patient [22].

Il n'existe pas de référentiel commun de l'ETP du patient coronarien. Le but de cet article est de proposer un cadre de référence et une méthodologie structurée afin de faciliter le développement de l'ETP au profit de l'ensemble des patients coronariens. L'homogénéité des messages a aussi pour objectif de favoriser les échanges entre les centres pratiquant l'ETP.

L'ETP des maladies coronariennes doit être réalisée dans le cadre d'une autorisation selon la législation en cours [11]. Elle doit répondre comme tout programme d'ETP à des critères de qualité, être évaluable et applicable à la structure afin de pouvoir bénéficier au plus grand nombre de patients en respectant le principe de l'égalité à l'accès aux soins.

## **Population cible : les patients coronariens et leur entourage**

Le professionnel de santé doit pouvoir favoriser l'accès à l'ETP des patients coronariens dont il a la charge, en l'adaptant à la situation particulière où ils se trouvent :

- patient venant de présenter un SCA
- patient revascularisé (angioplastie ou pontage coronaire)
- patient angineux stable ou asymptomatique (ischémie silencieuse)

Le patient coronarien est souvent pris en charge au décours immédiat d'un accident aigu ou d'une revascularisation. Cette période n'est pas toujours la plus favorable pour initier une ETP en raison des difficultés somatiques, psychologiques et sociales liées à la mise en évidence souvent brutale de la maladie. Toutefois, la « banalisation » par les praticiens d'un accident coronarien rapidement revascularisé (surtout par voie radiale) favorise le risque de déni de la maladie par le patient qui peut ainsi ne pas être conscient de l'intérêt d'une prise en charge au long cours de sa maladie athéromateuse. Ces circonstances sont à prendre en compte dans l'organisation des modalités du programme d'ETP.

En cas de refus d'ETP par le patient, sa décision doit être respectée, mais il est recommandé de comprendre les raisons du refus puis de lui réexpliquer le concept d'ETP. Ceci prépare le terrain pour une nouvelle proposition ultérieure qui sera faite dans des conditions plus favorables.

## **Formation et qualification des professionnels de santé intervenants en ETP**

L'ETP doit faire appel à des professionnels formés à la fois à l'éducation et à la pathologie coronarienne. L'implication des cardiologues est essentielle pour l'animation et la coordination des programmes.

La plupart des professionnels de santé, médecins ou non médecins, ne sont actuellement pas formés à l'ETP lors de leur cursus universitaire. Il est donc nécessaire d'organiser des formations spécifiques, dans le cadre de la formation continue. Chaque soignant appelé à intervenir en ETP dans le domaine de la maladie coronarienne doit pouvoir accéder à une double formation : une formation validante en ETP (par tout organisme agréé) et une formation à la pathologie coronarienne (maladie, traitements, facteurs de risque). Les différents intervenants devront apprendre à utiliser un langage commun et à proposer des réponses homogènes aux patients au cours des différentes séances éducatives, sur la base d'un référentiel bâti sur les recommandations actuelles [23,24].

L'expérience sous forme de stages pratiques est essentielle et doit faire partie de toute formation.

Pour les personnels ayant déjà pratiqué l'ETP, l'expérience acquise sera reconnue comme formation validante, selon les décrets en vigueur.

### **Etapes du programme d'ETP du coronarien**

#### **Identification des besoins du patient**

Le programme débute par un « Diagnostic Educatif » (DE), appelé également « bilan éducatif partagé » lors d'un ou de plusieurs entretiens individuels réalisés par les différents intervenants d'une équipe pluridisciplinaire (médecin, diététicienne, kinésithérapeute, infirmière, psychologue, pharmacien...). Cette étape est indispensable à l'identification des besoins et des attentes du patient, et sert aussi à identifier les freins et les leviers permettant d'assurer le succès de l'ETP. Elle permet de formuler avec lui les compétences à acquérir ou à mobiliser. Le DE prend en compte les différents aspects de la vie du patient, sa personnalité, ses potentialités, ses demandes et son projet. Il identifie l'entourage familial et les aidants naturels du patient, les situations de vulnérabilité psychologique, sociale et professionnelle ainsi que sa réceptivité à la proposition de l'ETP.

Le DE cherche à mettre en adéquation les priorités du patient et celles des soignants en élaborant des objectifs éducatifs négociés. Il débute par le recueil du consentement du patient, se déroule sous la forme d'un entretien individuel, dont les données seront retranscrites dans le dossier d'ETP qui doit être accessible à tous les intervenants. Chacun d'entre eux peut compléter le DE au fur et à mesure du programme. Comme tout élément du dossier médical, il est soumis à une stricte confidentialité.

Il est recommandé d'utiliser pour le DE un guide d'entretien afin de faciliter le recueil d'informations. Ce document, spécifique pour la maladie coronarienne, doit être centré sur les connaissances du patient, ses représentations (sa santé, sa maladie, son traitement), le contexte psychosocial. Ce guide peut être élaboré par l'équipe éducative à partir des données du tableau 1, établi d'après [25,26].

#### **Formulation des compétences à acquérir par le patient**

Les compétences à acquérir sont négociées avec le patient au sein « d'un contrat d'éducation ». Elles doivent être réalistes et accessibles.

Les objectifs sont résumés dans le tableau 2. Les objectifs « de sécurité » sont représentés par le suivi du traitement, le repérage des signes d'alerte et l'attitude à adopter en cas de survenue d'un tel signe. Les autres objectifs sont à négocier avec le patient en fonction des besoins jugés prioritaires (activité physique et alimentation, entre autres). L'atteinte des objectifs implique d'acquérir des compétences définies par :

- un savoir (connaissances)
- un savoir faire (gestes, surveillance)
- un savoir être (réactions adaptées à la situation)

### Les contenus et les méthodes

Les séances individuelles et collectives sont complémentaires ; l'entourage du patient peut y être intégré, leur répartition est à définir par l'équipe éducative en fonction des ressources et des spécificités du lieu de soin (personnel, locaux, temps disponible...).

Les séances individuelles, de durée variable, sont destinées à un thème spécifique (diététique par exemple), elles peuvent se focaliser sur un ou plusieurs micro-objectifs (ex : geste technique).

Les séances collectives, en groupe de 3 à 10 patients en général, sont propices aux partages d'expériences. Elles nécessitent de la part des intervenants une technique d'animation et de co-animation pour faire respecter les temps de parole et gérer les conflits éventuels. Divers outils éducatifs peuvent être utilisés (documents écrits, diaporamas, Internet...). Quand cela est possible, le choix de participer ou non à des séances collectives doit être laissé au patient car certains ne désirent pas être confrontés à d'autres histoires cliniques, ou ne désirent pas partager la leur.

Un « conducteur de séance » doit être élaboré pour chaque type d'intervention et validé par le comité de pilotage du programme.

Les outils et techniques utilisées doivent être testés et les intervenants doivent se les approprier et les adapter à la population concernée (spécificités locales, régionales, culturelles et religieuses). Ils doivent être régulièrement réévalués.

Le programme d'ETP du patient coronarien comprend au moins les thèmes suivants (cf tableau 1) :

- la maladie coronarienne
- les signes d'alerte
- les facteurs de risque
- la thérapeutique
- le sevrage du tabac
- l'alimentation cardioprotectrice
- l'activité physique adaptée

Il est souhaitable d'associer à ces thèmes indispensables une évaluation et une prise en charge du stress psychosocial si elle s'avère nécessaire et si elle est souhaitée par le patient. L'évaluation et la prise en charge peuvent être réalisées selon les dernières recommandations de la Société Européenne de Cardiologie [23].

Il est également recommandé de sensibiliser l'entourage à se former aux gestes qui sauvent.

### Mise en œuvre des différents stades de l'ETP

Le patient est au centre du processus d'ETP qui doit être continu.

Lors d'une phase initiale d'ETP la prise en charge multidisciplinaire est particulièrement utile, et la structure doit permettre un accès simple aux multiples intervenants.

Le suivi après l'ETP initiale comporte des phases de renforcement. Il concerne nécessairement le médecin généraliste et le cardiologue traitant qui seront de plus en plus sollicités dans l'approche éducative au long cours de leurs patients. L'ETP de renforcement ou de reprise peut être organisée avec la participation de divers professionnels médicaux hospitaliers, de ville ou issus des réseaux. Le soutien d'une association de patients est un élément utile, avec la participation au programme de « patients ressources » (domaines de coopération limités) ou de « patients experts » (formés à l'ETP).

### Evaluation du programme d'ETP

L'évaluation concerne le programme depuis sa conception et son organisation jusqu'à sa réalisation et son évaluation elle-même. Elle vise à l'améliorer par des réajustements ou des réorientations des activités d'ETP mises en œuvre.

L'évaluation peut être proposée à tout moment de la prise en charge si cela est nécessaire et elle doit être proposée systématiquement à la fin de chaque programme d'ETP. Le but est de faire le point avec le patient et de lui permettre de mettre en valeur ses compétences. Elle amène à une actualisation du DE et peut conduire à la proposition d'une nouvelle offre d'ETP si cela paraît nécessaire. Cette évaluation formative est un élément constitutif du programme à part entière.

L'évaluation concerne 3 niveaux différents :

- évaluation du programme par le patient (degré de satisfaction)
- évaluation du processus éducatif (compétences acquises par le patient)
- évaluation de l'impact du programme (bioclinique, psychosocial, médico-économique)

L'évaluation doit plus largement permettre de juger l'intérêt et la nécessité du programme au sein de la population ciblée, et d'optimiser l'usage des ressources dévolues à l'ETP.

La législation actuelle autorise un programme d'ETP pour 4 ans, sous réserve d'une auto-évaluation annuelle [27].

l'HAS propose un contenu type de rapport synthétique d'auto-évaluation :

- Objectifs du programme d'ETP : bénéficiaires, intervenants, compétences à développer, organisation, partage d'informations, coordination, etc.
- Population concernée
- Modalités de déroulement de l'auto-évaluation (participants, nombre de réunions, technique et outils utilisés, etc.)
- Quels sont les objets d'évaluation choisis pour l'auto-évaluation annuelle ?
- Points forts de la mise en œuvre du programme
- Points faibles et difficultés de mise en œuvre du programme
- Décisions prises pour améliorer ou maintenir la qualité du programme (objectifs, actions concrètes, moyens, délai), domaines d'évaluation et objets d'évaluation prévus pour les prochaines auto-évaluations annuelles
- Modalités de mise à disposition du rapport d'auto-évaluation aux bénéficiaires.

### Coordination des intervenants

Le coordonnateur du programme a un rôle central. Il doit tout particulièrement s'assurer du contenu de l'ETP, de la complémentarité des intervenants et de l'homogénéité des messages.

### Conditions de mise en œuvre de l'ETP

Comme dans tout programme d'ETP une charte d'éthique et une charte de confidentialité sont obligatoires. Elles décrivent les engagements concernant le respect du patient et les

principes d'éthique qui doivent sous-tendre toute action d'ETP. Elles doivent être mises à disposition des patients dans les locaux destinés à l'ETP.

### Communication avec les autres acteurs de santé prenant en charge le patient

L'ETP est une action sur le long terme impliquant des intervenants successifs dans le parcours de soin du patient. La transmission entre ces intervenants ainsi qu'avec les autres acteurs en charge du patient est un élément clé de la prise en charge globale du patient. Le suivi clinique est en effet l'occasion de restimuler le patient vis à vis de ses objectifs de progression.

### Conclusion

Cet article a pour objectif de servir de base à l'élaboration d'un programme d'ETP chez les patients coronariens qui doit pouvoir se développer à toutes les étapes du parcours de soins du patient (des urgences au domicile) et respecter la diversité des structures éducatives en termes de locaux, modalités de l'ETP, disponibilité des équipes participantes. Les centres de réadaptation cardiaque sont des structures où les conditions sont particulièrement favorables à la conduite d'une ETP (disponibilité du patient, équipe pluridisciplinaire formée et motivée) en accord avec les recommandations actualisées par le GERS en 2012 [24]. Les clubs « Cœur et Santé » sont un relais efficace pour le maintien d'une activité physique régulière.

L'ETP est une composante indispensable de la prise en charge de la maladie coronarienne. La mise en œuvre d'un tel programme national doit participer à l'optimisation de la prise en charge de la maladie coronarienne dans le cadre des prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses préconisées par la HAS [28]. Une meilleure lisibilité de l'offre actuelle serait favorisée par une communication plus ouverte des éléments et des résultats des programmes existants. Une prise en charge financière effective par les tutelles de santé sera un élément clé pour la mise en place et de l'efficacité de ces programmes.

## Références

1. Aouba A, Eb M, Rey G, Pavillon G, Jouglu E. Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. *Bull Epidemiol Hebd* 2011;22:249-255.
2. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease 1980-2000. *N Engl J Med*. 2007;356:2388-98.
3. Steg G, Bhatt DL, Wilson PWF, et al. One-year cardiovascular event rates in outpatients with atherothrombosis. *JAMA*. 2007;297:1197-206.
4. Iestra JA, Kromhout D, Van der Schouw YT, et al. Effect size estimates of lifestyle and dietary changes on all-cause mortality in coronary artery disease patients: a systematic review. *Circulation*. 2005;112:924-34.
5. Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, et al. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation*. 2010;121:750-8.
6. Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, McAlister FA. Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Ann Intern Med* 2005;143:659-72.
7. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. For the INTERHEART investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364:937-52.
8. Cohn F, Fox KM, Daly C. Silent myocardial ischemia. *Circulation*. 2003;108:1263-77.
9. Tuppin P, Neumann A, Danchin N, et al. Evidence-based pharmacotherapy after myocardial infarction in France: Adherence-associated factors and relationship with 30-month mortality and rehospitalization. *Arch Cardiovasc Dis* 2010, 103, 363-375.
10. HAS-INPES. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique 2007. Saint-Denis : Haute Autorité de Santé, 109 p.
11. Décret n°2010-904 du 02 08 10 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique des patients.
12. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomized controlled trial. *Lancet*. 2008;371:1999-2012.
13. Giannuzzi P, Temporelli PL, Marchioli R, et al. Global secondary prevention strategies to limit event recurrence after myocardial infarction: results of the GOSPEL study, a multicenter, randomized controlled trial from the Italian Cardiac Rehabilitation network. *Arch Int Med*. 2008;18:2194-204.
14. Bruckert E, Giral P, Paillard F et al. Effect of an educational program (PEGASE) on cardiovascular risk in hypercholesterolaemic patients. *Cardiovasc Drugs Ther* 2008;22:495-505.
15. Crozet C, Van Bockstaël V, Devos J, D'Ivernois JF. Evaluation d'un programme national en France d'éducation thérapeutique pour des patients du régime agricole atteints de maladies cardio-vasculaire. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2009;1:33-38.
16. Denolle T, Sharareh A, Dib M et al. Efficacité d'un réseau pour la prévention secondaire chez les patients coronariens. *Arch Mal Coeur Vaiss*. 2007;100:625-9.

17. Baudet M, Héricotte P, Daugareil C. Amélioration du pronostic des syndromes coronaires aigus dans les Landes par la modification de l'hygiène de vie. *Ann Cardiol Angeiol.* 2006;55:192-8.
18. Lafitte M, Pradeau V, Leroux L, et al. Efficacy over time of a short overall atherosclerosis management programme on the reduction of cardiovascular risk in patients after an acute coronary syndrome. *Arch Cardiovasc Dis* 2009;102:51-8.
19. Pavy B, Tisseau A, Caillon M. Le patient coronarien six mois après la réadaptation cardiaque: recherche sur l'évaluation de la réadaptation (étude RER). *Ann Cardiol Angeiol.* 2011;60:252-8.
20. Gibelin P. L'éducation thérapeutique : applications aux maladies cardiovasculaires. Flammarion Médecines-Sciences éd, Paris 2006, 89 pages.
21. Jourdain P, Juilliere Y. Therapeutic education in patients with chronic heart failure: Proposal for a multiprofessional structured programme, by a French Task Force under the auspices of the French Society of Cardiology. *Arch Cardiovasc Dis.* 2011;104:189-201.
22. Therapeutic patient education. Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO working group. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.
23. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012):the Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Prev Cardiol* 2012;19:585-667.
24. Pavy B, Iliou MC, Vergès-Patois B, Brion R, Monpère C, Carré F et al. Exercise, Rehabilitation Sport Group (GERS). French Society of Cardiology guidelines for cardiac rehabilitation in adults. *Arch Cardiovasc Dis.* 2012;105:309-28.
25. Simon D, Traynard PY, Bourdillon, Grimaldi A. Education thérapeutique : prévention et maladies chroniques. Elsevier Masson éd, Issy-les Moulineaux 2007, 269 pages.
26. D'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Maloine éd, Paris 2004, 155 pages.
27. HAS. Auto-évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient. Guide pour les coordonnateurs et les équipes. Mars 2012. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
28. HAS. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Avril 2011. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



**Tableau 1** Guide d'entretien (aide au diagnostic éducatif du patient coronarien)

<b>Méthodes d'entretien</b>	
Entretien dans une ambiance conviviale	
Solliciter le point de vue du patient sur ce que l'on comprend (reformulations)	
Utiliser des questions ouvertes	
Avoir la volonté de compréhension mutuelle (éviter tout quiproquo, attitude empathique)	
Présenter le programme d'éducation	
Evaluer le degré de motivation	
Négocier un contrat éducatif	
Obtenir le consentement éclairé du patient (document écrit d'après la législation en vigueur)	

<b>Identification des besoins et des attentes du patient</b>	
Ce qu'il(elle) a	Repérer les problèmes de santé (handicaps, comorbidités...)
Ce qu'il(elle) fait	Activité professionnelle (contraintes) Activités sociales (contraintes, bénéfiques) Vie familiale (entourage, solitude, conditions matérielles...)
Ce qu'il(elle) sait	Comment se représente-t-il sa maladie ? L'attribue-t-il à une cause particulière ? Que pense-t-il de son traitement ? Comment voit-il l'avenir ?
Ce qu'il(elle) est	Attitude (déli, révolte, marchandage, dépression, acceptation, résignation) Profil (passif, résigné, actif, dynamique)
Projet	Quel est son projet ? (profession, sport à risque...)

<b>Objectifs de prévention secondaire</b>	
<b>Tabac</b> : sevrage en cours ? envisagé ? difficultés ? besoin d'aide ? non concerné	
<b>Activité physique</b> : suffisante ? possibilités de l'augmenter ? questions ?	
<b>Alimentation</b> : équilibrée ? modifications souhaitées ? possibles ? questions ?	
<b>Traitement</b> : suivi facile ? difficile ? questions ?	
<b>Reprise professionnelle</b> : facile ? difficile ? impossible ? questions ? non concerné	
<b>Autres</b> : Besoins personnels non pris en compte par le programme standard	

**Auto-évaluation** : exemple de grille pouvant être comparative avant, pendant, après le programme

*Je connais mon traitement (de « pas du tout » à « parfaitement »)*

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

*je connais les aliments bénéfiques pour ma santé (de « pas du tout » à « parfaitement »)*

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

*je connais les activités physiques que je peux faire (de « pas du tout » à « parfaitement »)*

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

*je me sens capable d'effectuer les changements nécessaires (de « pas du tout » à « parfaitement »)*

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

*je me sens motivé(e) pour effectuer ces changements (de « pas du tout » à « parfaitement »)*

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

*je perçois mon état de santé (de « très mauvais » à « excellent »)*

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

item de fin de programme

*je suis satisfait de ce programme (de « pas du tout » à « tout à fait »)*

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**Tableau 2** Propositions d'objectifs éducatifs pour le patient coronarien

Objectifs pour le patient	Guide pour le soignant
<b>La maladie coronarienne</b>	
<i>savoir</i>	
1- connaître la physiologie du cœur sain 2- connaître le rôle de l'artère 3- connaître l'athérome et la thrombose 4- connaître les localisations 5- reconnaître la douleur d'angine de poitrine 6- connaître ses facteurs de risque 7- connaître les cibles thérapeutiques	1- savoir que le cœur est un muscle, faire le lien entre poumons-cœur-organes, rôle de l'apport sanguin 2- la paroi artérielle est une zone d'échanges modulable 3- représenter l'infiltration de la paroi, sa progression lente et l'accident thrombotique aigu 4- faire le lien entre la maladie coronaire, l'accident cérébral et l'artérite 5- caractéristiques, mode de survenue, signes de gravité, indications de l'appel au 15 6- faire le lien entre les facteurs de risque (hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie, tabagisme, stress), le mode de vie (alimentation, sédentarité) et les facteurs non modifiables (âge, sexe, hérédité coronarienne) 7- tension artérielle < 140/90 mmHg, Indice de masse corporelle < 25, tour de taille <94-102cm (H) 80-88cm (F), glycémie < 1,1g/l, LDL-Cholestérol < 0,7g/l
<i>Savoir faire</i>	
1- Pratiquer l'auto surveillance 2- utiliser la trinitrine 3- impliquer l'entourage dans la pratique des gestes d'urgence	1- surveiller son poids (régularité), son tour de taille (méthode), sa tension artérielle (méthode de l'auto mesure), son bilan biologique (glycémie, lipidémie), démonstration 2- décrire la conduite à tenir en cas d'angor : noter l'heure, se servir de la trinitrine, interpréter l'effet, savoir appeler le 15 (décrire la situation) 3- apprendre les gestes qui sauvent à l'entourage
<i>Savoir être</i>	
1- utiliser le système de santé 2- adopter un mode de vie favorable 3- reconnaître les situations à risques	1- préciser le rôle du médecin traitant, cardiologue, pharmacien, paramédicaux, SAMU 2- rectifier les erreurs alimentaires, pratiquer une activité physique régulière, observance médicamenteuse, sevrage tabac 3- adopter une attitude adaptée (effort, émotion, stress...)

Objectifs pour le patient	Guide pour le soignant
<b>La thérapeutique</b>	
<i>savoir</i>	
1- connaître le nom et l'effet des médicaments 2- connaître le risque en cas d'arrêt ou d'oubli 3- comprendre la notion de titration 4- connaître les traitements non médicamenteux 5- connaître les examens nécessaires au suivi	1- confronter l'ordonnance du patient au schéma général, repérer les noms, les génériques, les doses, les effets secondaires fréquents 2- cibler les médicaments à risque d'arrêt ou d'oubli (bêta-bloquants, anticoagulants, antiagrégants plaquettaire) 3- expliquer l'adaptation posologique 4- expliquer les techniques d'angioplastie coronaire et de chirurgie 5- montrer le rôle de l'ECG, de l'échographie, des tests d'effort, de la coronarographie, expliquer l'intérêt des examens biologiques, de l'automesure tensionnelle et glycémique
<i>Savoir faire</i>	
1- optimiser l'observance du traitement 2- adapter en cas d'oubli 3- éviter l'automédication	1- négocier les modalités de prises (efficacité, oubli), anticiper les renouvellements, parler des effets secondaires (risque d'arrêt ou de changement) 2- rattraper si < 8H, ne pas doubler la dose suivante 3- décrire les interactions fréquentes avec d'autres médicaments
<i>Savoir être</i>	
1- repérer les effets principaux et secondaires des médicaments 2- informer les professionnels de santé de symptômes inhabituels 3- prévoir les problèmes liés aux voyages	1- analyse des pulsations cardiaques, automesure tensionnelle 2- anticiper les rendez-vous 3- ordonnance adaptée, précautions, assurances...

Objectifs pour le patient	Guide pour le soignant
<b>Le sevrage du tabac</b>	
<i>savoir</i>	
1- Connaître le rôle du tabac sur l'athérombose 2- Connaître les aides au sevrage	1- Risques du tabagisme actif et passif, différentes formes d'intoxication 2- Substituts et médicaments, consultation de tabacologie
<i>Savoir faire</i>	
1- Evaluer sa motivation 2- Travailler sur sa motivation	1- Questionnaires 2- Balance (bénéfices versus effets négatifs du sevrage)
<i>Savoir être</i>	
1- prévoir sevrage 2- anticiper les problèmes 3- utiliser le système de santé	1. choix d'une date, information de l'entourage 2. contrôle de la prise de poids, conduite à tenir en cas de rechute 3. rôle du tabacologie, des aides téléphoniques, Internet

Objectifs pour le patient	Guide pour le soignant
<b>L'alimentation cardio-protectrice</b>	
<i>savoir</i>	
1- connaître le lien entre l'alimentation et l'athérome 2- connaître les caractéristiques d'une alimentation cardioprotectrice 3- connaître le bénéfice et le risque de la consommation d'alcool	1- faire le lien entre les aliments ingérés et la paroi artérielle, les facteurs de risque 2- classer les aliments (à favoriser, à limiter, neutres) classer les sources d'acides gras alimentaires classer les aliments riches et pauvres en sel 3- limiter à 2 - 3 verres de vin par jour en l'absence de d'addiction ou d'intolérance
<i>Savoir faire</i>	
1- équilibrer un menu sur une journée 2- atteindre les 5 fruits et légumes / jour 3- utiliser les différents modes de cuisson, les épices 4- contrôler sa consommation de sel 5- lire les étiquettes alimentaires	1- effectuer un menu avec des cartes alimentaires 2- suggérer de consommer 2 légumes et 3 fruits par jour 3- atelier cuisine 4- utiliser les cartes alimentaires 5- visite d'un supermarché, aliments factices
<i>Savoir être</i>	
1- gérer un menu de fête 2- auto surveillance	1- choix d'un menu de restaurant, espacer les repas festifs 2- poids, tour de taille

Objectifs pour le patient	Guide pour le soignant
<b>L'activité physique</b>	
<i>savoir</i>	
1- faire le lien entre cœur, muscles et artères 2- faire le lien entre l'inactivité physique et athérome 3- prendre conscience de son activité physique (marche, travaux ménagers, jardinage, bricolage, activité sexuelle, travail...) 4- connaître les principes de l'entraînement en endurance 5- connaître les principes du renforcement musculaire	1- commenter un schéma de la circulation 2- bénéfices et risques de l'activité physique (concept du paradoxe risque-protection de l'exercice) 3- analyse des différents types d'efforts 4- séquences échauffement-travail-récupération 5- surveillance du pouls, du souffle (échelle de Borg)
<i>Savoir faire</i>	
1- pratiquer une séance d'endurance 2- connaître et respecter l'intensité de l'effort 3- pratiquer une séance de gymnastique 4- auto évaluer ses limites à l'effort	1- évaluer le respect des consignes 2- déterminer la tolérance (fréquence cardiaque ou sensation musculaire et respiratoire) 3- contrôler le respect de l'intensité (en groupe) 4- auto contrôle du pouls, du souffle
<i>Savoir être</i>	
1- intégrer l'activité physique aux gestes de la vie courante 2- équilibrer les activités dans la semaine 3- repérer les activités à risques 4- pratiquer un sport en sécurité	1- éviter les arrêts prolongés 2- aide à l'élaboration d'un agenda de semaine 3- analyse de l'activité, de la pratique, de la sécurité 4- moyens de surveillance, respect des contre-indications