




This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Quelles compétences des patients coronariens sont attendues par les urgentistes lors d'une prise en charge par le Smur : opinions et exposé de leurs conditions de mise en œuvre lors d'une enquête par questionnaire auprès de 58 « experts » préhospitaliers

Which competences of the coronary patients are hoped by emergency physicians and nurses during prehospital staff management: Opinions and conditions to implement coronary patient's by questionnaire near 58 "experts" of MICU

N. Assez ^{a,*}, P. Goldstein ^a, C. Marchand ^b, R. Gagnayre ^b

^a Samu régional de Lille, pôle de l'urgence, CHRU de Lille, 5, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France

^b Upres EA 3412, UFR SMBH, laboratoire de pédagogie de la santé, université Paris-13 Léonard-da-Vinci, 74, rue Marcel-Cachin, 93017 Bobigny, France

Accepté le 30 mai 2009

MOTS CLÉS

Maladie coronaire aiguë ;
 Compétence ;
 Prévention secondaire ;
 Programme de réadaptation cardiaque ;
 Éducation thérapeutique du patient

Résumé

Introduction. — La maladie coronaire requiert une approche systématique et multidisciplinaire. Elle nécessite une prévention secondaire et tertiaire et une éducation du patient efficace pour améliorer les comportements et les compétences d'autosoins.

Objectif. — Identifier les compétences du patient estimées « acceptables » par les soignants et évaluer leurs conditions de mise en œuvre lors d'une prise en charge d'un syndrome coronarien aigu par une équipe Smur.

Matériel et méthode. — Il s'agit d'une enquête prospective non randomisée multicentrique d'avril à juillet 2007 auprès de 58 « experts » (médecins et infirmier[e]s) exerçant au Smur. Leur opinion est rapportée sur l'échelle de Likert (0 à 10) et ils se sont exprimés par questionnaires ouverts sur les conditions d'application de 50 compétences pendant la prise en charge

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : n-assez@chru-lille.fr (N. Assez).

préhospitalière. Nous avons effectué une analyse quantitative (χ^2 , Wilcoxon) et de contenu. *Résultats.* — Leur position est visualisée sur des abaques colorimétriques. Plusieurs facteurs apparaissent déterminants : le sexe, l'âge, l'ancienneté ($p < 0,05$). Les soignants considèrent souvent la connaissance des patients insuffisante pour effectuer un choix autonome.

Conclusion. — Les préventions secondaires, tertiaires et les éducations qui en découlent sont basées sur l'acquisition par le patient et son entourage de compétences portant sur la compréhension de la maladie, une bonne relation médecin/malade et l'adhésion aux mesures préventives proposées. Ces compétences-patient pourraient faire l'objet d'un apprentissage par le patient et son entourage au cours des programmes de réadaptation cardiaque (PRC) des patients à haut risque.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Acute coronary disease;
Competence;
secondary prevention;
Cardiac rehabilitation
program

Summary

Introduction. — Ischaemic heart disease is a chronic condition which requires the some systematic and multidisciplinary approach to secondary and tertiary prevention. It is necessary to develop efficient secondary prevention by caregivers for a better change of lifestyle.

Background. — We wanted to identify and to evaluate acceptable competences of coronary patient by prehospital staff (MICU).

Methods. — We performed a prospective, nonrandomized study from April to July 2007 on 58 "experts" (emergency physicians, nurses). We assessed the response rate and we compared the responses. We report their opinion about patient's competence on a ladder of Likert (0 to 10). Opened survey relates the conditions to implement these 50 competences. We report a combined qualitative and quantitative analysis (χ^2 , Wilcoxon): knowledge, their feeling about conditions to participate and their attitudes towards the prehospital management.

Results. — Colorimetric graph shows the individual position. Determinant factors are sex, age and height ($p < 0,05$). The caregivers who are asked to participate in study considered often appear to lack sufficient knowledge to reach an autonomous choice. The need for patient-centered care and for a better communication within patient, family and nursing staff are also highlighted.

Conclusion. — However, secondary and tertiary prevention as well as educations which follow from it are based on the competences acquisition by the patient and his family circle concerning to understanding of illness, a good relation doctor/patient and a support for offered preventive measures. These patient's competences could make the object of learning in the course of the programs of cardiac (PCR) of the patients at high risk.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Les syndromes coronaires aigus (SCA) constituent une entité complexe souvent rencontrée en médecine d'urgence et sont un problème majeur de santé publique dans de nombreux pays [1]. En 2007, le SCA se définit par une symptomatologie évocatrice d'une ischémie myocardique affirmée par l'ECG 18 dérivations et/ou dosage des marqueurs enzymatiques. Une des principales particularités du système de soins en France est l'existence d'une organisation de la prise en charge des urgences en dehors des établissements de santé. Les services d'aide médicale urgente (Samu) assurent la réception et la régulation des appels d'urgence et activent les structures mobiles d'urgence et de réanimation (Smur). En France, la prise en charge des SCA représente 25 % de l'activité des Smur. Cette médicalisation rapide et efficace des « urgences coronaires » assure une reperfusion du myocarde précoce qui améliore la survie des patients. La prise en charge des SCA requiert un niveau d'expertise élevé diagnostique et thérapeutique, car, malgré les recommandations des comités scientifiques, la gravité potentielle reste sous-estimée et l'évolution grevée d'une surmortalité et d'une comorbidité importante [2]. Le SCA (ST plus ou non-ST plus)

reflète une maladie globale du système vasculaire artériel et la maladie coronarienne doit être considérée comme une pathologie chronique émaillée de « crises » auxquelles le patient et sa famille doivent faire face, décider et agir seuls. En effet, un coronarien reste un patient polyvasculaire même après un traitement interventionnel. Les risques et complications inéluctables peuvent être distancés retardés par une participation active du patient et de son entourage à son traitement et à son autosurveillance. Reconnaître les signes d'alerte évocateurs et prendre les mesures d'urgence qui s'imposent (en particulier, avoir le bon réflexe d'appeler les secours) ne s'improvisent pas, mais peuvent s'apprendre. Chez ces patients, la prévention secondaire doit être initiée le plus rapidement possible, dès la phase hospitalière, afin d'éviter la progression de cette maladie. Au fil du temps, le patient devrait pouvoir adopter des comportements favorables à sa santé et développer des compétences dites du « patient » pour traiter des informations sanitaires le concernant, raisonner face à certaines situations et prendre des décisions. Les professionnels de soins sont peu à peu conduits à considérer le patient et son entourage comme de véritables partenaires des soins d'urgence [3]. Malgré certaines réticences de la part des équipes médicales [4], notre travail

s'inscrit dans cette approche et se fonde sur un postulat qu'une meilleure compréhension et acceptation des compétences des patients (et leur entourage) par les soignants peuvent améliorer la qualité de prise en charge et l'adhésion aux soins en urgence. Dans un premier temps, nous étudions les compétences comme but à atteindre ou à faire atteindre au patient pour qu'il puisse gérer sa maladie, son traitement et cela, dans le plus grand nombre de situations, de contexte et au sein de réseaux familiaux et sociaux [5]. Il s'agit alors de clarifier ces compétences que le patient peut mobiliser dans le cadre particulier d'une situation d'urgence et qui sont attendues par une équipe médicale en préhospitalier. L'établissement d'un référentiel de compétences « patient » pourrait alors être utilisé dans les programmes de réadaptation et d'éducation thérapeutique des patients cardiaques [6,7].

2. Matériel et méthode

2.1. Préétude

En 2006, une préétude par entretiens individuels menée au Samu de Lille nous a permis de comparer les besoins exprimés et les compétences mises en œuvre par dix patients présentant un SCA à la perception qu'en ont les soignants ($n = 10$) des Smur sur leur utilité de mise en œuvre [3]. Les propos recueillis auprès des patients montrent qu'ils ont déjà développé grâce à leur expérience au quotidien et au vécu de leur maladie des compétences, des connaissances dont les soignants n'évaluent pas toujours l'importance. Cette préétude a permis d'établir une liste de 50 compétences, selon quatre groupes :

- le savoir et les connaissances concernent la maladie et les traitements ;
- l'auto-observation vise à rendre le patient capable d'apprécier, de décrire les modifications de son état et de distinguer les signes d'alerte ;
- les compétences d'autosoin concourent à l'efficacité des traitements (exemple, autospray de dérivés nitrés) ;
- enfin, les compétences psychosociales permettent au patient d'expliquer, de former son entourage sur les caractéristiques de sa maladie et aux conduites à tenir en cas d'incident aigu nécessitant l'aide d'autrui.

À partir de ce premier résultat, l'objectif de cette étude est de dégager un consensus sur ces compétences à mettre en œuvre par une enquête par questions préformées proposée à des « experts » appartenant tous à une équipe médicale préhospitalière.

2.2. Population de l'enquête

Il s'agit d'une étude prospective, multicentrique, régionale menée d'avril à juillet 2007 au Samu régional du Nord. Nous avons choisi d'étudier un échantillon (aléatoire) représentatif qui possède en principe les propriétés des différents bassins de population de notre région (quatre bassins). Nous avons envoyé par courrier 100 questionnaires au sujet de 50 compétences exposées selon un ordre chronologique depuis l'appel au centre 15 jusqu'à l'orientation du patient. Chaque questionnaire est accompagné d'une note

d'information expliquant le thème, le but et les objectifs poursuivis, au Samu régional et dans quatre Smur de la région Nord-Pas-de-Calais : Maubeuge, Cambrai, Lens, Calais. Les questionnaires sont confidentiels et l'anonymat garanti. Critères d'inclusion : être médecin praticien hospitalier anesthésiste (MA) ou urgentiste (MU) ou infirmière (IDE) ou infirmière anesthésiste (IADE) titulaire et exercer à temps plein dans un service d'urgence préhospitalière. Ces « soignants » ont une connaissance pratique du sujet et une légitimité suffisante pour exprimer un avis représentatif du groupe auquel ils appartiennent. L'expérience professionnelle dans le domaine considéré est un prérequis. Les soignants non titulaires sont exclus de l'enquête. Les sujets étudiés sont tous bénévoles et peuvent à tout moment exercer leur droit d'accès aux informations, ainsi que leur droit de rectification auprès du médecin coordinateur de l'étude. Nous avons réalisé un prétest auprès de cinq soignants du Samu-centre 15 régional (trois médecins et deux IADE) afin de vérifier la pertinence, la logique et la compréhension des questions posées. Aucune modification n'a été apportée à l'issue de ce « prétest ».

2.3. Méthode

2.3.1. Le questionnaire en quatre parties

Des questions fermées permettant de déterminer le profil démographique des sujets interrogés : âge, sexe, profession, lieu d'exercice, ancienneté professionnelle, ancienneté dans le service, estimation du nombre de SCA mensuel pris en charge à titre individuel (indicateur permettant d'évaluer quantitativement l'« expérience » de chaque soignant et d'apprécier ses capacités d'autoestimation dans le domaine abordé).

Une échelle d'opinion de type Likert de 0 à 10 (graduée de 0,5 en 0,5) mesure l'intensité de la réponse à chacune des propositions ou items (E) formulés et permet de quantifier des informations d'ordre qualitatif au moyen d'une échelle nuancée.

Enfin, les soignants sont invités à exprimer leur opinion concernant les conditions de réalisation de cette « compétence » en répondant selon un questionnaire binaire.

Chaque compétence (C) fait l'objet d'une expression libre dans sa forme et sa longueur et est illustrée par des exemples issus de leur expérience.

2.3.2. Traitement des données

Le recueil des données est réalisé grâce au logiciel Excel, l'analyse statistique est réalisée par le logiciel SPSS 12. Un abaque colorimétrique visualise les accords (majorité d'orange) et les désaccords (majorité de vert) des « experts ». Les tests statistiques mesurent le caractère « significatif » ou non d'une différence observée entre deux échantillons ($p < 0,05$). L'analyse est qualitative et quantitative (fréquence, moyenne, médiane...). L'analyse descriptive et comparative d'échantillons indépendants pour les variables qualitatives est réalisée par un test χ^2 . Le Fischer' Exact est utilisé lorsque les effectifs (n) sont inférieurs à 30. Le test de Wilcoxon étudie les variables quantitatives. Le degré d'association est effectué par une corrélation de Pearson ($-1 < r < 1$). Le test de Kruskal-Wallis étudie les

liaisons entre caractère quantitatif et caractère qualitatif. Dans un second temps, la retranscription des questions « ouvertes » a donné lieu à une analyse de contenu.

3. Résultats

3.1. Analyse descriptive

Nous avons obtenu 58 questionnaires analysables sur 100 (58 %). Ce taux de réponse correspond à celui d'enquête sans obligation de réponse et qui ne font pas l'objet d'une relance systématique.

On compte 41 hommes versus 17 femmes dans une population homogène. Les médecins représentent 50 % de l'effectif total ($n = 29$) mais aucun médecin anesthésiste n'a répondu au questionnaire. Parmi les 17 femmes, on compte : cinq IDE, cinq IADE, 22 MU. Chez les hommes, on compte six IDE, 13 IADE, 22 MU. La moyenne d'âge des personnes interrogées est de 38,3 ans (D.S. : 5,8 ans), avec des extrêmes (29–54) ; 39 ans chez les hommes (30–54) versus 36 ans chez les femmes (29–48). La médiane est à 38,5 ans. Les « experts » interrogés exercent pour 56,9 % ($n = 33$) d'entre eux au centre hospitalier universitaire (CHU) versus 43,1 % dans les services d'accueil d'urgences de centres hospitaliers généraux (CHG). Ainsi, 81 % ($n = 47$) ont entre cinq et plus de dix ans d'ancienneté professionnelle. Quelle que soit leur profession 55,2 % ($n = 32$) des personnes interrogées ont plus de cinq ans d'exercice préhospitalier ; 17 sujets (29,3 %) ont à la fois plus de dix ans d'ancienneté professionnelle et dans le service. Ils prennent en charge en moyenne 13,4 SCA par mois (D.S. : 7,1), soit une valeur médiane de dix.

3.1.1. Expression du degré d'opinion des experts sur les 50 compétences proposées

Nous rapportons, sur la Fig. 1, les opinions des 58 « experts » au sujet des 50 compétences proposées. Les résultats sont exprimés en terme de moyenne (\pm écart-type) et de médiane. Sur l'échelle de Likert de 0 à 10, on observe des valeurs médianes extrêmes [2–9], respectivement E31 « Manger, boire, fumer avant l'hospitalisation » et E5 « Appeler un service de secours ». On constate trois pics de valeurs médianes dans notre série : médiane à 5 (E8 ; E9 ; E10 E17 ; E19 ; E36 ; E38 ; E49), à 6 (E2 ; E6 ; E7 ; E14 ; E21 ; E27 ; E29 ; E33 ; E40 ; E47) et à 7 (E3 ; E22 ; E26 ; E37 ; E39 ; E50). L'opinion s'exprime selon une l'échelle de très favorable (échelle de 10 à 8,5) à très défavorable (de 2 à 0). Au total, on obtient un consensus pour les compétences attendues « Avant l'arrivée des secours » pour E1, E4, E5, E12 ; « En attendant le Smur » pour E13, E16. À l'opposé, certaines ne semblent pas souhaitées ; il s'agit de E11 « se rendre à l'hôpital par ses propres moyens », E31 « Manger et/ou boire ou fumer en prévision d'une hospitalisation », E32 « Se laver, changer de vêtements, se coiffer ».

3.1.2. Avis des « experts » sur les conditions de mise en œuvre des compétences

Dans un premier temps, les soignants ont été interrogés sur la nécessité ou non de conditions spécifiques pour accomplir ces compétences. Les réponses sont binaires (oui/non). Sur les 50 compétences proposées, 39 (78 %) conduisent à une

« non-réponse ». Dans la seconde partie de l'analyse, les participants ont été amenés à exprimer librement leur avis sur les conditions particulières pour que les compétences puissent être réalisées.

3.2. Analyse comparative des résultats

Nous avons comparé les résultats obtenus pour chaque item E sur l'échelle de Likert aux données des répondants.

3.2.1. Le sexe

Le fait d'être un homme ($n = 41$) ou une femme ($n = 17$) influe peu l'opinion et il n'existe une relation entre l'opinion accordée à la mise en œuvre de la compétence que pour l'item E24 « Pratiquer l'autocontrôle et l'automesure », les femmes y sont plus favorables que leurs collègues masculins ($p = 0,004$).

3.2.2. La profession

La comparaison des trois groupes professionnels montre qu'il existe des divergences d'opinion avec une différence significative ($p < 0,05$) pour six items. Certaines compétences attendues le sont plus volontiers par les infirmiers que par les médecins comme par exemple « gérer la crise et informer l'entourage » (E2) ou encore « consulter son médecin ou son cardiologue » (E8). Ce sont des compétences concernant principalement le relationnel patient-soignants (E39 et E40) et la « gestion du stress » (E17). Les infirmiers sont plus favorables à leur mise en œuvre, mais exigent alors certaines conditions spécifiques à leur application.

3.2.3. L'établissement et l'appartenance au service (Samu versus Smur)

L'établissement et l'appartenance au service (Samu versus Smur) influencent le degré d'opinion exprimée pour les compétences E8 « Se rendre chez son médecin généraliste ou son cardiologue » ($p = 0,02$), E10 « Téléphoner à l'hôpital, la clinique de proximité pour demander conseil... » ($p = 0,03$). Ce sont les soignants exerçant au Smur qui accordent le plus haut degré d'opinion à ces deux items. Le personnel du CHU ($n = 33$) est hautement plus favorable au fait que le patient puisse « Adapter les traitements prescrits » (E30) ($p = 0,02$). Les gens travaillant au Samu estiment fondamental E7 « Décrire la situation et passer un bilan intelligible et pertinent à la régulation médicale ».

3.2.4. L'ancienneté

L'ancienneté influence très modestement les résultats du test d'opinion. L'ancienneté dans le service comme l'ancienneté dans l'exercice professionnel de plus de dix ans conduit à un faible pourcentage de réponses positives. Les soignants exerçant depuis moins de cinq ans s'expriment plus volontiers en faveur de certaines conditions nécessaires à la mise en place de ces compétences que les plus anciens. L'analyse des données montre qu'il n'existe aucune relation entre l'opinion des participants et leur âge, à l'exception de E18 « Rechercher le soutien et la compréhension de ses proches » ($r = -0,352$, $p = 0,006$).

3.2.5. Le nombre mensuel de SCA

Une corrélation existe entre le nombre mensuel de SCA : plus le nombre de SCA pris en charge est élevé, plus le degré

E	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Moyenne	6.9	5.94	6.63	7.17	8.57	5.75	6.4	4.62	4.82	4.96
Ecart-type	2.22	2.13	2	1.89	1.24	2.48	2.5	2.85	2.94	3.08
Médiane	7.5	6	7	7.5	9	6	6	5	5	5
E	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20
Moyenne	3.42	7.67	7.68	5.33	4.68	7.34	5.72	5.47	4.25	3.63
Ecart-type	2.68	2.12	2.02	3.13	3.09	2.21	2.29	2.37	3.02	2.45
Médiane	3	8	8	6	4	7.75	5	5.5	5	4
E	E21	E22	E23	E24	E25	E26	E27	E28	E29	E30
Moyenne	6.02	6.68	4.43	5.22	5.96	7.12	5.49	6.23	5.25	3.87
Ecart-type	2.46	2.35	2.99	2.58	2.30	2.06	2.14	2.63	2.92	2.7
Médiane	6	7	4.75	5.25	6.25	7	6	6.75	6	4
E	E31	E32	E33	E34	E35	E36	E37	E38	E39	E40
Moyenne	2.84	2.98	5.69	6.63	6.33	4.85	7.2	4.82	6.61	6.39
Ecart-type	3.16	2.79	2.70	2.03	2.36	2.51	1.83	2.75	2.24	2.19
Médiane	2	3	6	6.5	6.75	5	7	5	7	6
E	E41	E42	E43	E44	E45	E46	E47	E48	E49	E50
Moyenne	6.6	5.56	5.37	4.61	3.7	5.07	5.5	4.12	4.66	6.93
Ecart-type	1.82	2.5	2.89	2.39	2.54	2.83	2.54	2.79	2.79	1.88
Médiane	6.25	5.75	5.5	5	4	5.5	6	4.75	5	7

Figure 1 Parmi une liste de 50 propositions concernant ce que le patient et/ou son entourage pourrait faire durant la prise en charge par le Smur, les 58 experts se sont exprimés sur une échelle d'opinion de type Likert de 0 à 10 (graduée de 0,5 en 0,5) ; exemple : « Estimez-vous pertinent que le patient soit capable d'appeler un service de secours (E5) ».

Les résultats sont exprimés en moyenne \pm écart-type (ou déviation standard [D.S.]) et en médiane

Avant l'appel au secours : E1 : appeler ces proches ; E2 : faire face à une crise et expliquer la CAT à son entourage ; E3 : repérer les éléments indispensables à la compréhension de la situation et les transmettre à un tiers ; E4 : repérer les signes d'un SCA ; E5 : appeler un service de secours ; E6 : repérer les signes annonciateurs d'une complication ; E7 : décrire la situation et passer un bilan intelligible et pertinent à la régulation médicale ; E8 : se rendre chez son médecin généraliste ou son cardiologue ; E9 : demander conseil à un ami, au pharmacien, à un médecin ; E10 : téléphoner à l'hôpital, la clinique de proximité pour demander conseil, utiliser les ressources de santé ; E11 : se rendre à l'hôpital par ses propres moyens ; E12 : se reposer, se mettre au calme, arrêter son activité.

En attendant l'arrivée du Smur : E13 : arrêter son activité et créer une ambiance sereine en attendant les secours ; E14 : sécuriser l'endroit ; E15 : organiser l'espace pour faciliter l'accès des secours ; E16 : se positionner confortablement ; E17 : gérer son angoisse et son stress ; E18 : rechercher le soutien et la compréhension de ses proches ; E19 : mettre ses prothèses auditives ; E20 : gérer l'attente des secours ; E21 : préparer son dossier médical ; E22 : faire rechercher les documents utiles à la compréhension de l'histoire clinique par un tiers ; E23 : préparer les documents administratifs utiles à l'admission hospitalière ; E24 : l'autocontrôle et l'automesure de certains paramètres ; E25 : préparer ses médicaments, ses traitements à domicile pour les renseigner aux soignants ; E26 : rappeler les secours en cas d'aggravation ; E27 : prendre des médicaments ou appliquer des remèdes pour se soulager ; E28 : s'automédiquer à visée diagnostique (test aux dérivés nitrés) ; E29 : interpréter cet autotest ; E30 : adapter les traitements prescrits en cas d'aggravation ; E31 : manger et/ou boire ou fumer en prévision de l'hospitalisation ; E32 : se laver, changer de vêtements, se coiffer.

Après l'arrivée du Smur : E33 : se présenter à l'interlocuteur/s'identifier aux soignants/à son entourage ; E34 : exprimer son vécu, son ressenti/épisode aigu/faire connaître ses connaissances, son expérience/la maladie ; E35 : exprimer ses difficultés de compréhension ; E36 : guider le soignant dans ses choix (pose de voie veineuse périphérique, par exemple) ; E37 : quantifier sa douleur sur une échelle (Eva) ; E38 : interroger les soignants sur leur qualité, leur rôle ; E39 : établir une relation de confiance avec les soignants ; E40 : interroger les soignants sur sa prise en charge (PEC) en urgence ; E41 : répondre aux questions de soignants de façon adaptée ; E42 : lire, comprendre un consentement éclairé ou un protocole de soins ; E43 : participer aux soins ; E44 : informer et expliquer à ses proches ce qui se passe ; E45 : alerter et informer son entourage « éloigné » de la situation actuelle ; E46 : assurer son confort durant la PEC ; E47 : donner les consignes à son entourage pour gérer le « quotidien » ; E48 : faciliter le brancardage et la mobilisation des équipes soignantes ; E49 : faire face à la situation et décider dans l'urgence de sa prise en charge ; E50 : exprimer ses besoins, ses attentes, son ressenti durant le transport.

d'opinion est faible pour E34 « Exprimer son vécu, son ressenti/épisode aigu et faire connaître ses connaissances » ($r = -0,248$; $p = 0,03$), E35 « Exprimer ses difficultés de compréhension » ($r = -0,3749$; $p = 0,003$). Plus le nombre de SCA pris en charge par un soignant augmente, moins les

soignants sont attentifs aux aspects relationnels, l'expérience renouvelée semble émousser leur capacité à prendre en considération les émotions et les a priori des patients.

Certaines variables (âge, sexe, service...) conditionnent les réponses positives concernant les conditions de mise en

Compétences C	Variables	p	tests
C7 « Décrire la situation et passer un bilan intelligible et pertinent. »	Service	0,03	χ^2
	Ancienneté service	0,01	F' exact
C9 « Demander conseil à un ami , au pharmacien, à un médecin»	Score d'Opinion	0,04	W
	Nombre de SCA mensuel	0,01	W
C11 « Se rendre à l'hôpital par ses propres moyens »	Age	0,02	W
	Ancienneté service	0,03	χ^2
C13 « Se reposer, se mettre au calme, arrêter une activité »	Age	0,0004	W
	Ancienneté professionnelle	0,04	F' exact
	Ancienneté service	0,001	χ^2
C21 « Manger , boire , fumer en prévision de l' hospitalisation»	Sexe	0,007	χ^2
	Age	0,01	W
C22 « Faire rechercher des documents utiles ... »	Sexe	0,01	W
	Age	0,01	W
	Ancienneté service	0,02	χ^2
C24 « Pratiquer l' autocontrôle et l'automesure	Age	0,04	W
	Ancienneté professionnelle	0,03	F' exact
C26 « Rappeler les secours en cas d'aggravation »	Sexe	0,004	χ^2
	Age	0,04	W
C27 « Prendre des médicaments ...pour se soulager »	Sexe	0,01	χ^2
	Age	0,004	W
C32 « Se laver, changer de vêtements, se coiffer »	Sexe	0,02	F' exact
	Ancienneté professionnelle	0,002	F' exact
C34 « Exprimer son vécu, son ressenti face à l'épisode »...	Sexe	0,003	χ^2
	Age	0,04	W
	Ancienneté professionnelle	0,02	F' exact
C36 « Guider les soignants dans ses choix »	Sexe	0,003	χ^2
	Age	0,04	W
C37 « Quantifier sa douleur sur une échelle EVA »	Sexe	0,001	F' exact
	Age	0,007	W
C41 « Répondre aux questions de soignants de façon adaptée »	Age	0,02	W
	Ancienneté professionnelle	0,03	χ^2
C43 « Participer aux soins »	Age	0,002	W
	Ancienneté professionnelle	0,004	F' exact
	Score d'Opinion	0,01	W
C45 « Alerter et informer son entourage « éloigné »	Age	< 0,0001	W
	Ancienneté professionnelle	0,006	F' exact
	Score d'Opinion	0,01	W
C48 « Faciliter le brancardage et la mobilisation des équipes ...»	Age	0,01	W
	Ancienneté professionnelle	0,02	F' exact
C49 « Faire face à la situation et décider dans l'Urgence »	Sexe	0,003	χ^2
	Score d'Opinion	0,01	W
C50 « Exprimer ses besoins, ses attentes ... »	Age	0,005	W
	Ancienneté professionnelle	0,03	F' exact

Figure 2 Principales compétences (C) dont l'estimation des conditions de mise en œuvre varie significativement ($p < 0,05$) en fonction du sexe, de l'âge, du service, de l'ancienneté, du nombre de SCA mensuel ou du score d'opinion (Likert).

χ^2 : Khi^2 ; F' exact : Fischer exact ; W : Wilcoxon ; KW : Kruskal-Wallis.

œuvre des 50 compétences. La Fig. 2 résume les principaux résultats ($p < 0,05$). À noter que la profession ne constitue pas une variable discriminante.

3.2.6. Existe-t-il une différence d'appréciation en fonction du sexe sur les conditions de mise en œuvre des compétences ?

Le sexe apparaît comme une variable déterminante dans l'estimation des conditions de réalisation d'une compétence par les patients coronariens en urgence. On met en évidence des différences significatives pour 21 d'entre elles lorsqu'on compare les réponses hommes/femmes. Proportionnellement, les femmes s'expriment plus et considèrent plus souvent que ces compétences nécessitent des conditions particulières. Ainsi, 16 compétences obtiennent plus de 75 % de réponses : C1, C49 (75 %) ; C21, C22 (76,5 %) ; C17 (80 %) ; C36 (81,2 %) ; C29 (87,5 %) ; C6, C24, C42 (88,2 %) ; C2, C7 (94,1 %). « S'automédiquer » (C28) et « Quantifier sa douleur » (C37) font l'unanimité parmi elles, avec 100 % de réponses.

3.2.7. Existe-t-il une différence d'appréciation en fonction de l'âge ?

L'âge apparaît comme la variable principale déterminante. En effet, pour 22 d'entre elles, existe une différence de réponses entre soignants. Les moins de 40 ans affirment la nécessité de conditions spécifiques à l'accomplissement d'une compétence par rapport à leurs aînés. Ils s'expriment volontiers sur l'expression émotionnelle et le vécu du patient : C34 « Exprimer son vécu, son ressenti... », C35 « Exprimer ses difficultés de compréhension » ; C50 « Exprimer ses besoins, ses attentes, son ressenti durant le transport... » et la douleur C37 « Quantifier sa douleur sur une échelle Eva » ($n = 41$). Ils pensent que le patient peut les aider C36 « Guider les soignants dans ses choix » ($n = 28$). Les plus jeunes « experts » (33 ans) déclarent que « Gérer son angoisse et son stress » exige des conditions spécifiques. Ils sont aussi plus ouverts aux technologies modernes (mails, SMS) pour faciliter la communication « à distance » C45 « Alerter et informer son entourage « éloigné... »

($p < 0,0001$). Pour deux tiers des plus âgés (40 versus 35), C12 et C13 « Se reposer, se mettre au calme, arrêter une activité » et C32 « Se laver, changer de vêtement, se coiffer » n'exigent aucune condition particulière.

3.2.8. Le service où exercent les soignants influence-t-il les réponses ?

Les questionnaires ont été analysés pour 30 soignants du Samu-Smur (51,7 %) versus 28 des Smur-urgence (48,3 %). Pour 15 de ces compétences, quel que soit leur service, plus de la moitié des soignants se prononcent favorablement en faveur de conditions spécifiques. Le service d'appartenance ne permet pas de souligner les conditions requises à la mise en œuvre des compétences « patients », à l'exception de la compétence C7 « Décrire la situation et passer un bilan intelligible et pertinent à la régulation médicale » pour laquelle 87,7 % des soignants ($n = 50$) s'expriment en faveur. Les professionnels du Samu affirment que cette compétence est fondamentale (96,5 versus 78,6) ; à l'opposé, C23 « Préparer les documents administratifs... » obtient le plus faible taux de réponses de la part des soignants du Samu (3,6 %, soit $n = 2$) tandis que C3 « Repérer les éléments indispensables à la compréhension de la situation » est privilégié par les professionnels du Smur (44,6 %).

3.2.9. Le degré d'ancienneté modifie-t-il l'opinion des soignants sur les conditions de mise en œuvre des compétences ?

Douze compétences offrent des différences significatives dans l'estimation des conditions préalables à leur mise en œuvre. L'ancienneté dans le service comme l'ancienneté de l'exercice professionnel supérieur à dix ans conduit à un faible pourcentage de réponses positives. Les soignants exerçant depuis moins de cinq ans se prononcent plus volontiers que les anciens en faveur de la réalisation de ces compétences « patient ». Cela est observé pour sept compétences (C21, C24 C34, C37 C41, C45). Ainsi, pour C7 « Décrire la situation et passer un bilan intelligible et pertinent à la régulation médicale », 100 % des répondants ont moins de cinq ans dans le service. Ils proposent plus d'alternatives à l'appel au centre 15 comme « Se rendre chez son médecin généraliste ou son cardiologue » (C8) 62,5 % versus 25 % des plus de dix ans ou encore « Se rendre à l'hôpital par ses propres moyens » (C11 : respectivement 66,7 % versus 31,2 %). Ils sont plus sensibilisés aux initiatives de repos du patient (C13) et à la recherche documentaire (C22). Ils accordent une meilleure attention à l'écoute du malade et le laisse « Exprimer ses difficultés de compréhensions » (C35 : 60 % versus 35,7 % versus 23,5 %).

3.2.10. Le nombre de SCA mensuel estimé est-il un facteur influant ?

Les soignants affirmant des prise en charge « réalistes » de 10–12 SCA par mois en moyenne estiment plus volontiers ces conditions de mise en œuvre par rapport à ceux qui semblent sur- ou sous-estimer leur activité « urgence coronaire ».

3.2.11. L'opinion attribuée aux 50 compétences conditionne-t-elle les réponses ?

Pour ces huit compétences, existe une différence significative en fonction de la moyenne des scores attribués. Les

soignants qui n'exigent des conditions spécifiques que pour certaines compétences ont en général des scores plus élevés.

3.3. Analyse de contenu

La dernière phase est une analyse de contenu regroupée selon dix axes « spécifiques » à partir des commentaires des soignants. Cette analyse guidera la discussion. En effet, le nombre de problèmes quotidiens à résoudre dans l'urgence et leur solution ne peuvent être acquis uniquement par l'application de protocoles, tant la variabilité individuelle et contextuelle est grande et fait appel au raisonnement et à la décision. Les axes 1, 3, 7, 9 et 10 (Fig. 3) sont les plus développés. La plupart des sujets (88 %) pensent que les conditions d'application de ces compétences dépendent essentiellement de l'état physique du patient : être conscient, ne pas être en situation de détresse vitale pour analyser la situation. Son degré d'autonomie physique et mentale, ses capacités cognitives (démence) à comprendre les faits sont des facteurs largement contributifs. Le bon sens est souvent de mise et repose essentiellement sur les possibilités de s'exprimer (séquelle d'accident vasculaire cérébral) et d'avoir le bon réflexe « faites le 15 ». Néanmoins, 50 % pensent qu'alerter et « passer un bilan » est un acte difficile. Un langage clair, précis, parfois quasi médical pour les patients déjà coronariens, aide à relater l'épisode « j'ai eu un stent sur l'IVA en 2005 ». Des facteurs socioculturels peuvent jouer un rôle notable dans la connaissance de la maladie. Le barrage linguistique est souvent évoqué, de même que l'accès à la communication « Internet n'est pas accessible à tous en France ». Le consentement « éclairé » est jugé trop complexe à obtenir. La notion de compétence varie en fonction de l'expérience que l'on a de la maladie. La situation est différente si on est coronarien ou non (vécu). Pour le patient coronarien, la condition sine qua non est de ne pas nier la situation dans laquelle il se trouve et d'agir. Le confort du patient, la gestion de l'attente ainsi que l'organisation de l'espace ne constituent pas des priorités pour près de 80 % des soignants interrogés et leurs conditions d'application sont peu illustrées. L'accès au dossier médico-administratif n'est pas indispensable dans l'urgence (citant le cas des SDF, des sans papiers) pour 86 % des sujets. Dans tous les cas, le patient doit faire preuve d'une grande maîtrise psycho-affective, résister à la peur et surmonter sa douleur. Mais 60 % pensent que le test « aux nitrés » n'est pas sans danger. Avoir un esprit de synthèse pour donner les éléments indispensables (mots clés, facteurs de risques) « ça me serre comme dans un étau, ma douleur ne cède pas aux dérivés nitrés » justifiant l'activation d'un Smur est une condition essentielle pour le patient et son entourage. Le repérage des signes évocateurs doit bénéficier à tous, « le grand public doit être averti et informé des risques face à une douleur thoracique pour ne pas les minimiser et connaître les missions du Samu-Smur » (66 % des sujets interrogés), c'est le rôle des campagnes d'information. Enfin, l'éducation des patients coronariens est une perspective prometteuse pour tous les soignants.

4. Discussion

La compétence apparaît comme un concept dynamique relativement nouveau dès lors qu'il concerne les patients. Elle suppose donc pour son application des facteurs multiples

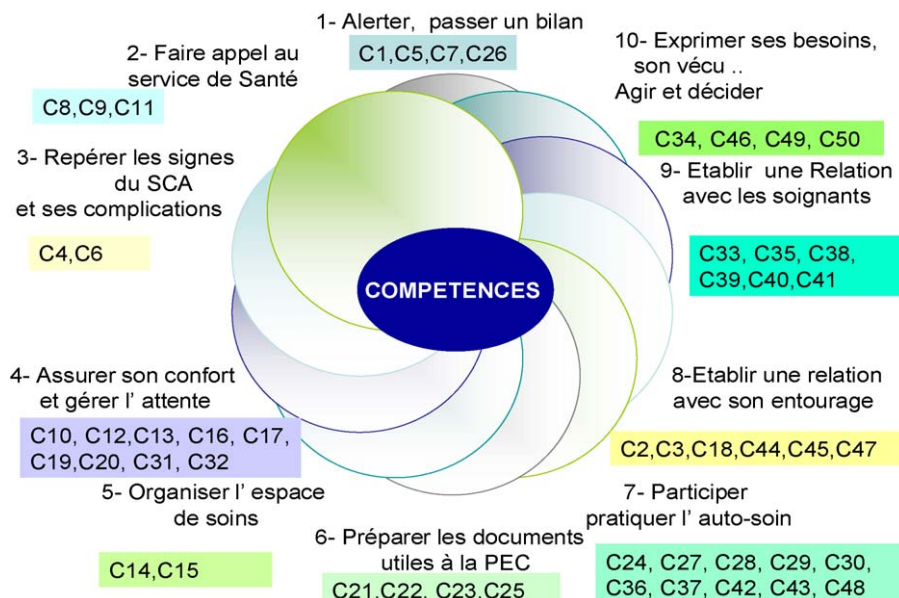


Figure 3 Diagramme des compétences et domaines taxonomiques en dix axes : 1, 2, 3 correspondent au domaine cognitif : connaître, savoir ; 4, 5, 6 et 7 au domaine psychomoteur : savoir-faire, savoir agir ; 8, 9, 10 au domaine psychoaffectif et psychosocial : savoir-être.

C1 : appeler ces proches ; C2 : faire face à une crise et expliquer la CAT à son entourage ; C3 : repérer les éléments indispensables à la compréhension de la situation et les transmettre à un tiers ; C4 : repérer les signes d'un SCA ; C5 : appeler un service de secours ; C6 : repérer les signes annonciateurs d'une complication ; C7 : décrire la situation et passer un bilan intelligible et pertinent à la régulation médicale ; C8 : se rendre chez son médecin généraliste ou son cardiologue ; C9 : demander conseil à un ami, au pharmacien, à un médecin ; C10 : téléphoner à l'hôpital, la clinique de proximité pour demander conseil, utiliser les ressources de santé ; C11 : se rendre à l'hôpital par ses propres moyens ; C12 : se reposer, se mettre au calme, arrêter son activité ; C13 : arrêter son activité et créer une ambiance sereine en attendant les secours ; C14 : Sécuriser l'endroit ; C15 : organiser l'espace pour faciliter l'accès des secours ; C16 : se positionner confortablement ; C17 : gérer son angoisse et son stress ; C18 : rechercher le soutien et la compréhension de ses proches ; C19 : mettre ses prothèses auditives ; C20 : gérer l'attente des secours ; C21 : préparer son dossier médical ; C22 : faire rechercher les documents utiles à la compréhension de l'histoire clinique par un tiers ; C23 : préparer les documents administratifs utiles à l'admission hospitalière ; C24 : pratiquer l'autocontrôle et l'automesure de certains paramètres ; C25 : préparer ses médicaments, ses traitements à domicile pour les renseigner aux soignants ; C26 : rappeler les secours en cas d'aggravation ; C27 : prendre des médicaments ou appliquer des remèdes pour se soulager ; C28 : s'automédiquer à visée diagnostique (test aux dérivés nitrés) ; C29 : interpréter cet autotest ; C30 : adapter les traitements prescrits en cas d'aggravation ; C31 : manger et/ou boire ou fumer en prévision de l'hospitalisation ; C32 : se laver, changer de vêtements, se coiffer ; C33 : se présenter à l'interlocuteur/s'identifier aux soignants/à son entourage ; C34 : exprimer son vécu, son ressenti/épisode aigu/faire connaître ses connaissances, son expérience/la maladie ; C35 : exprimer ses difficultés de compréhension ; C36 : guide le soignant dans ses choix (pose de voie veineuse périphérique, par exemple) ; C37 : quantifier sa douleur sur une échelle (Eva) ; C38 : interroger les soignants sur leur qualité, leur rôle ; C39 : établir une relation de confiance avec les soignants ; C40 : interroger les soignants sur sa prise en charge (PEC) en urgence ; C41 : répondre aux questions de soignants de façon adaptée ; C42 : lire, comprendre un consentement éclairé ou un protocole de soins ; C43 : participer aux soins ; C44 : informer et expliquer à ses proches ce qui se passe ; C45 : alerter et informer son entourage « éloigné » de la situation actuelle ; C46 : assurer son confort durant la PEC ; C47 : donner les consignes à son entourage pour gérer le « quotidien » ; C48 : faciliter le brancardage et la mobilisation des équipes soignantes ; C49 : faire face à la situation et décider dans l'urgence de sa prise en charge ; C50 : exprimer ses besoins, ses attentes, son ressenti durant le transport.

cognitifs, affectifs, sociaux et culturels, des capacités physiques et psychiques. La méthode du panel permet de dégager un consensus général, grâce au jugement d'« experts ». Au terme de notre étude, nous sommes arrivés à des différences significatives d'appréciation par les équipes préhospitalières concernant la mise en œuvre de ces compétences dans le contexte de l'urgence. Ces résultats régionaux ne sont pas forcément transposables et méritent d'être comparés à ceux d'autres Smur. Aujourd'hui, certains programmes de réadaptation cardiaque (PRC) ainsi que des programmes d'éducation thérapeutique (ETP) proposent un entraînement au raisonnement individualisé continu ou itératif permettant d'acquérir ces compétences [6–9].

4.1. Quelles compétences pour quels patients ?

Repérer les signes d'un SCA, alerter les secours et décider dans l'urgence sont des compétences primordiales pour le patient et son entourage.

Le « 15 » est un numéro d'urgence gratuit à la disposition du grand public qui permet une réponse adaptée pour chaque motif d'appel. Le téléphone portable en facilite l'accès en toute circonstance. Le recours au Samu est associé à une prise en charge optimale des SCA et un recours précoce aux procédures de revascularisation [10]. Dans notre étude, « passer un bilan au 15 » est une compétence jugée indispensable pour les patients coronariens. Pourtant, moins d'un

tiers des patients coronariens savent devoir appeler le centre 15 en cas de récurrence douloureuse ! [11]. Ce résultat est confirmé dans notre région, le patient est souvent le « maillon faible » de la chaîne de secours [12]. En effet, les registres montrent que près de 50 % des IDM ne sont pas pris en charge par le Samu et 30 % ne sont pas revascularisés [10]. Le repérage de ces signes « suspects » est fondamental. La douleur thoracique constrictive, premier symptôme évoqué par les patients, motive souvent l'appel. Pour le médecin régulateur, des symptômes parfois « trompeurs » (malaises, dyspnée...) constituent des signes d'alerte incontestables. Des patients coronariens à l'écoute de leur corps sont capables d'affirmer l'origine cardiaque probable « c'est comme la dernière fois » ou au contraire « ce n'est pas la même chose que quand j'ai fait mon infarctus ». C'est lorsque le patient appelle directement le Samu que le délai début des symptômes–appel est le plus court [10]. Les soignants expérimentés jugent donc inutiles, voire dangereux, « c'est une perte de chance » d'appeler son médecin de famille, son cardiologue ou encore l'hôpital [13]. La méconnaissance des symptômes, du rôle du Samu contribuent au retard de prise en charge observé en France. Il y a incontestablement, sur ces points, une place pour l'information. La qualité de cette information et les conditions dans lesquelles elle est délivrée sont déterminantes souligne notre étude, ces conditions sont retrouvées dans la littérature [14]. Selon les soignants interrogés, le niveau socioéducatif des patients influence l'assimilation de l'information dispensée. Il a été démontré que des conditions socioéconomiques défavorisées et un niveau socioculturel faible incitent à adapter l'information à la population, car la mortalité cardiovasculaire lui est inversement corrélée [15]. Dans ces populations défavorisées, la notion du lendemain est une abstraction qui anéantit toute perspective de prévention ! [16]. L'âge des patients joue un rôle prépondérant dans l'assimilation de l'information et la capacité d'agir. On observe une réticence à solliciter une assistance médicale chez les personnes âgées qui « n'osent pas déranger ». Les aspects psychologiques et émotionnels (stress, anxiété, douleur) sont importants à considérer pour la réceptivité et la compréhension des informations. Dans notre étude, seuls les plus « jeunes soignants » interrogés se préoccupent de ces conditions préalables à la mise en œuvre des compétences des patients [17]. Un patient qui nie le sérieux de la crise n'anticipera pas sur les mesures à prendre. Une information répétée améliore la compréhension et l'adhésion au traitement, elle doit aussi concerner la famille. Ce rôle de la famille est apprécié de façon variable par les soignants : primordial pour certains, mais néfastes pour d'autres. La présence, la capacité de réaction par la famille ou l'entourage est souvent évoquée par les équipes. La famille doit comprendre les enjeux de la prise en charge et de l'hospitalisation au regard de la situation pour interagir avec l'équipe et parfois témoigner de la volonté du patient [18]. Les patients fibrinolyés par le Smur connaissent mieux la procédure d'alerte en cas de récurrence douloureuse, ce que les soignants soulignent dans notre étude en évoquant « l'expérience préalable » face au SCA ! [11]. Ici, l'expérience prévaut sur l'information générale. La connaissance des antécédents et des facteurs de risque (FDR) pose la question de leur gestion. Les coronariens connus ou traités pour un FDR sous-estiment leur risque et ne comprennent pas toujours l'intérêt d'une action médicale

rapide lors d'un SCA [19]. Ces données suggèrent qu'un grand nombre de ces patients « à haut risque » n'ont pas été informés ou encore moins éduqués par leur praticien et/ou n'ont pas compris la conduite à tenir en cas de symptômes évocateurs de SCA. Ces informations aident pourtant le médecin régulateur à identifier le patient « à risque » et prendre sa décision d'envoi de moyens. Il peut initier des conseils « rester au repos, ne plus faire d'effort », « prendre de la trinitrine », parler, rassurer le patient et sa famille. En fonction des traitements en cours, de leur observance, il peut, comme nos soignants le suggèrent, encourager prudemment l'autotest aux dérivés nitrés pour sa valeur diagnostique et son effet antalgique [20].

4.2. La prise en charge Smur conditionne la qualité de la relation dyadique

L'analyse sémiologique permet une prise en charge diagnostique et thérapeutique rapide et efficace qui restera gravée dans la mémoire des patients et de leur entourage [1,10]. La présence du dossier médical (ordonnances, compte rendu d'examen, lettres...) sur site bien que relativement disponible (deux tiers des patients) n'est pas une priorité pour les équipes, mais constitue une aide à condition qu'il soit tenu à jour et facile d'accès. Seul un ECG de « référence » est associé à une amélioration de la prise en charge préhospitalière. Beaucoup se contentent des explications orales du patient. L'adhésion aux thérapeutiques proposées est liée à la maladie et à sa perception, à la connaissance de la valeur thérapeutique du médicament et à la crainte des effets secondaires. Le patient qui souffre est prêt à une plus grande acceptation mais le patient dont la culture en santé s'accroît accepte difficilement un traitement sans en comprendre la justification [20]. Les limites du consentement « éclairé » ont été soulignées. La majorité des soignants interrogés considèrent que le « consentement éclairé en urgence est un leurre ». Le processus est inadapté aux patients en situation d'urgence. La complexité lexicale et grammaticale apparaît déterminante en regard du niveau d'étude de la plupart des patients [17]. Or, l'angoisse, la peur et les traitements morphiniques peuvent altérer la capacité à prendre une décision de manière autonome. « Gérer le stress » et « Lutter contre la douleur » permettent d'améliorer les conditions de l'information, et tous notent que l'anxiété des proches (conjoint[e]) est souvent palpable [16], mais la nécessité d'agir en urgence des équipes Smur limite le temps consacré à la relation humaine, c'est ce que les plus anciens affirment [10]. Nous constatons qu'« établir une relation de confiance » est une préoccupation des infirmiers, plus que des médecins. Pour les soignants les plus « expérimentés », la participation de l'entourage du patient n'est pas une priorité. Les plus jeunes soignants ainsi que les IADE affirment volontiers se laisser guider par le patient au cours des soins. L'étude FAMIREA a montré que la majorité des patients ne souhaite pas participer aux soins et plus de 50 % des familles ne désirent pas participer aux décisions [18]. Médecins et infirmiers considèrent que l'entourage éprouve des difficultés de compréhension rendant illusoire « leur participation aux soins et aux décisions médicales ». Tous se disent favorables à l'action participative des patients et de leurs proches, mais peu l'applique au quotidien.

4.3. Comment améliorer les compétences « patients » ? Bénéfices de la prévention secondaire chez le coronarien

À la lumière du projet MONICA et d'autres études, il apparaît clairement qu'il existe un gain en terme de morbidité à obtenir l'application de mesures de prévention chez le patient coronarien présentant des niveaux élevés de facteurs de risque [21]. Cependant, si une véritable « culture de la prévention » s'initie, beaucoup reste à faire pour l'optimiser. La prévention secondaire est définie par l'ensemble des mesures préventives que l'on peut proposer pour éviter une récurrence, une complication après un SCA (insuffisance cardiaque, mort subite) [22]. Dans le champ de la prévention, trois stratégies principales sont déployées : l'information devenue obligatoire (la loi de mars 2002), la formation et l'éducation pour la santé. L'éducation thérapeutique possède de multiples facettes. Elle vise à transmettre des éléments de savoir concernant la maladie et le traitement, la diététique et l'exercice physique mais également à apporter des compétences psychosociales au patient, lui permettant ainsi d'être plus autonome et mieux préparé pour agir [5]. De l'information à l'éducation ; ce qui les distingue est le degré différent de liberté qu'il laisse au patient, précise Deccache [23]. Vulgariser un savoir pour expliquer et faciliter sa démarche ne suffit à rendre le patient compétent. En outre, les conséquences de cette information sont variables selon les individus, parfois néfastes. L'éducation à la différence de l'information nécessite une relation d'échange de savoir et de communication entre patients et soignants pour favoriser un apprentissage significatif. La capacité d'écouter les malades y est fondamentale, or dans l'urgence le désir légitime des soignants de guérir peut occulter cette phase indispensable. Il est difficile d'envisager que cette information soit délivrée par l'équipe du Smur [11]. La réduction de la durée de séjour limite le temps consacré à l'éducation, alors même qu'il a été prouvé que celle-ci améliore le devenir des patients à la sortie [24].

4.4. Perspectives d'avenir : les programmes de réadaptation cardiaque (PRC) et d'éducation thérapeutique (ETP)

Par contraste avec des interventions en éducation de santé qui cherche à délivrer le message d'information le plus simple possible, les PRC et d'ETP abordent des contenus relativement complexes. Ils intègrent des dimensions de compétences visant l'amélioration de la qualité de vie (physique, mentale, sociale) et son projet au sein de la communauté ; leurs bénéfices sur la mortalité sont reconnus depuis longtemps [25]. Selon Le Boterf, « La compétence renvoie à la prise de responsabilités d'un sujet qui assure l'imputabilité des conséquences de ses décisions ou de ses actes » pour lui donner une plus grande maîtrise de sa vie et accepter que « tout être soit capable d'autonomie et d'autodétermination » pour assumer les choix de nouveaux comportements à adopter [25]. Cette activité participe donc aux enjeux actuels du système de santé, elle compte trois axes : accompagner le patient, sa famille, prendre conscience des FDR individuels pour les corriger. Cependant, la comparaison des résultats des études européennes a montré les limites de la prévention secondaire [26].

D'autres approches systématiques, multifactorielles et multidisciplinaires (diététiciens, psychologues, éducateurs...) semblent prometteuses [7,8]. Tenant compte du contexte de vie (stress, isolement social, hostilité du milieu), ils renforcent le concept d'une prise en charge centrée sur le patient et sa famille. Cet aspect psychosocial doit faire l'objet du PRC [5]. Les méthodes les plus appropriées pour promouvoir ces PRC restent à déterminer (registre des coronariens, audit, rappel téléphonique par les soignants) [9]. L'accompagnement au domicile par des infirmières « spécialement formées » doit être encouragé [25,27]. En effet, de par leur mode de vie partagée, il paraît intéressant de sensibiliser les conjoints [28]. Encore trop peu de patients en bénéficient (un tiers) dans le monde, les femmes et les personnes âgées en sont souvent exclues [29]. D'importantes variations reflètent l'hétérogénéité des systèmes de santé quant à la disponibilité d'intégration aux PRC. Les raisons sont tant économiques que sociologiques, pourtant il est clairement établi que leur implantation dans les quartiers défavorisés a un impact très positif sur le devenir des patients. Notre étude ouvre de nouvelles perspectives dans la clarification des compétences des coronariens et leurs conditions d'application lors des situations aiguës. Nos constatations nous incitent à proposer une prise en charge multidisciplinaire comparable au réseau diabète. Une bonne communication ville-hôpital et une collaboration étroite entre cardiologues, urgentistes généralistes sont indispensables à la réussite de l'entreprise. La mise en place d'un tel dispositif suppose motivation et formation préalable de l'ensemble des partenaires. La plupart des soignants propose des solutions facilitant la démarche des patients et de leurs proches (« kit » avec ECG, médicaments) [11]. Certains misent sur le dossier médical informatisé [14]. Beaucoup d'entre eux déclarent que praticiens et comité d'éthique doivent poursuivre leurs réflexions sur les modalités de l'information orale en situation d'urgence. Nous pensons que ces mesures doivent faire l'objet d'une négociation et d'une responsabilité partagée entre le médecin de famille et le patient et s'inscrire dans le temps sous forme d'un contrat éducatif accessible à tous, en espérant un meilleur rapport qualité des soins/rentabilité [30].

5. Conclusion

La connaissance et l'expérience du patient coronarien et de son entourage deviennent des éléments incontournables de sa prise en charge et de son éducation thérapeutique. De cet échange de savoir entre les partenaires résulte un savoir profane pas toujours facile à accepter par les soignants de l'Urgence. C'est un changement notable que de considérer les professionnels de santé réaménageant la relation médecin-malade en transférant et en déléguant au patient un savoir-faire adapté. D'une manière générale, côté soignant, il s'agit d'identifier les besoins des patients, de considérer leur vécu émotionnel et leurs représentations de la maladie, les apprendre à gérer leur traitement, à utiliser les ressources sanitaires, les conseiller face aux facteurs psychosociaux qui interfèrent avec leur maladie. Ce sont les principaux objectifs de toute éducation liée à la prévention des risques cardiovasculaires qui conduisent les patients à acquérir des compétences favorables à leur santé. Au côté de compétences « patients » mobilisables

dans la vie quotidienne, l'obtention d'un consensus par les équipes Smur pour établir les compétences « patients » requises en situation d'urgence vient en complément. Leur identification permet de les intégrer comme but d'apprentissage spécifique pour les patients au cours des PRC. Des activités d'éducation thérapeutique dédiées à la maîtrise par le patient et son entourage devraient être considérées comme des critères de qualité de tels programmes.

Références

- [1] Bertrand ME, Simoons ML, Fox KAA, Wallentin LC, Hamm CW, Mc Fadden E, et al. Management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST elevation. *Eur Heart J* 2002;23:1809–40.
- [2] Antman EM, Smith SC, Alpert JS, Anderson JL, Faxon DP, Fuster V, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with st-elevation myocardial infarction-executive summary. *J Am Coll Cardiol* 2004;44:671–719.
- [3] Assez N, Marchand C, Goldstein P, Gagnayre R. Analyse des besoins et compétences du patient coronarien et de son entourage : vers un nouveau partenariat au sein des réseaux de l'urgence coronaire. *Ann Fr Anesth Reanim* 2007;26(n° hors-série):S101 [R232- Livre des Résumés de Communication].
- [4] Turner J, Pugh J, Budiani D. It's always continuing. first-year medical student's perspectives on chronic illness and the care of chronically ill patient. *Acad Med* 2005;80:183–8.
- [5] Gagnayre R, Marchand C, Pinosa C, Brun MF, Billot D, Iguenane J. Approche conceptuelle d'un dispositif d'évaluation pédagogique du patient. *Pedag Med* 2006;7:31–42.
- [6] Ferrières J, Durack-Bown I, Giral P, Chadarevian R, Benkriticly A, Bruckert E. Éducation thérapeutique et patient à haut risque : une nouvelle approche en cardiologie. *Ann Card Angiol* 2006;55:27–31.
- [7] Juillièrre Y, Trochu JN, Jourdain P. Importance of therapeutic education in the multidisciplinary management of heart failure. *Ann Cardiol Angiol* 2006;55:11–6.
- [8] De Velasco JA, Rodriguez JA, Ridocci F, Aznar J. Action to improve secondary prevention in coronary heart disease patients: one-year follow-up of shared care programme. *Eur Heart J* 2004;(Suppl. 6):J27–32.
- [9] Fox K, Barber K, Muir L, Mead A, Harris A, Collier T, et al. Development, implementation and audit of a cardiac prevention and rehabilitation programme for patients with coronary artery disease. *Eur Heart J* 2004;(Suppl. 6):J53–8.
- [10] Lapandry C, Laperche T, Lambert Y, Sauval P, Zurek M, Fosse S. Prise en charge préhospitalière des syndromes coronaires aigus ST + en Île-de-France. Le registre E-must. *Arch Mal Cœur Vaiss* 2005;98:1137–42.
- [11] Lapostolle F, Ameur L, Gonzalez G, Lenoir S, Cattani S, Hennequin B, et al. Évaluation des conseils assimilés par les patients sur l'attitude recommandée en cas de douleur thoracique au décours d'un infarctus aigu du myocarde. *Arch Mal Cœur Vaiss* 2006;99:1173–7.
- [12] Chevalier V, Alauze C, Soland V, Cuny J, Goldstein P. Intérêt d'une campagne d'information régionale sur les urgences cardiaques et l'appel au 15. *Ann Card Angiol* 2003;52:150–8.
- [13] Danchin N, Kadri Z, Cambou JP, Hanania G, Humbert R, Clerson P, et al. Prise en charge de l'infarctus du myocarde en France dans les études USIK 1995 et USIC 2000 : amélioration pronostique et rôle du délai d'admission. *Arch Mal Cœur* 2005;98:1149–54.
- [14] Elder NC, Hickner J. Missing clinical information: the system is down. *JAMA* 2005;293:617–9.
- [15] Assal JP. La maladie chronique : une autre gestion, une autre prise en charge. In: *La relation médecin-malade. Encycl. Med. Chir. Ed. Elsevier*; 2004. p. 105.
- [16] Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, Cheval C, Coloigner M, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care* 2005;20:90–6.
- [17] Williams BF, French JK, White HD. HERO-2 consent substudy investigators. Informed consent during the clinical emergency of acute myocardial infarction (HERO-2 consent substudy): a prospective observational study. *Lancet* 2003;361:918–22.
- [18] Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P, Canoui P, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Crit Care Med* 2001;29:1893–7.
- [19] Mulazzi I, Amar J, Cambou JP, Hanania G, Blanchard D, Gueret P, et al. Qui n'a pas recours au 15 pour un infarctus du myocarde ? *JEUR* 2005;18:67–72.
- [20] Eagle KA, Kline-Rogers E, Goodman SG, Gurfinkel EP, Avezum A, Flather MD, et al. Adherence-based therapies after discharge for acute coronary syndromes: an ongoing prospective, observational study. *Am J Med* 2004;117:73–81.
- [21] Danchin N, Hanania G, Grenier O, Vaur L, Amelineau E, Gueret P, et al. Évolution du traitement de sortie après hospitalisation pour syndrome coronaire aigu en France entre 1995 et 2000 : données des études USIK 1995, prévenir 1 et 2 et USIK 2000. *Ann Cardiol Angiol* 2000;52:7–14.
- [22] Delahaye F, Bory M, Cohen A, Danchin N, De Gevigney G, Dellinger A, et al. Recommandations de la Société française de cardiologie concernant la prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë. *Arch Mal Cœur* 2001;94:697–738.
- [23] Deccache A. Du travail éducatif à l'évaluation des besoins, des effets et de la qualité de l'éducation du patient : méthodes et techniques individuelles et de groupes. *Bulletin d'Éducation du Patient* 1996;15(3):77.
- [24] Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation* 2005;111:179–85.
- [25] Wood DA, Kotseva K, Jennings C, Mead J, Jones J, Holden A, et al. A cluster randomised controlled trial of a multi-disciplinary preventive cardiology programme for coronary patients, asymptomatic high risk individuals and their families. Summary of design, methodology and outcomes. *Eur Heart J* 2004;(Suppl. 6):J3–15.
- [26] EUROASPIRE I et II Group Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I et II in nine Countries. *Lancet* 2001;357:995–1001.
- [27] Moher M, Yudkin P, Wright L, Turner R, Fuller A, Schofield T, et al. Cluster randomised controlled trial to compare three methods of promoting secondary prevention of coronary heart disease in primary care. *BMJ* 2001;322:1–7.
- [28] Taylors RS, Brown A, Ebrahim S, Jolliffe J, Noorani H, Rees K, et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 2004;116:782–92.
- [29] Konety SH, Sarrazin MSV, Rosenthal GE. Patient and hospital difference underlying racial variation in outcomes after coronary artery bypass graft surgery. *Circulation* 2005;111:1210–6.
- [30] Marshall T. The cost-effectiveness of drug treatment for primary prevention of cardiovascular disease: a modelling study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006;13:523–8.