

Intérêt de l'Approche Centrée Patient dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique : revue synthétique de la littérature

Emilie Brosse

▶ **To cite this version:**

Emilie Brosse. Intérêt de l'Approche Centrée Patient dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique : revue synthétique de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. hal-01932245

HAL Id: hal-01932245
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932245

Submitted on 23 Nov 2018

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

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

AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE DE LORRAINE FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2018

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale

par

Emilie BROSSE

le 22 mai 2018

Intérêt de l'Approche Centrée Patient dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique : revue synthétique de la littérature

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur Jean-Marc BOIVIN	Président du Jury
Mme le Docteur Élisabeth STEYER	Juge
Mme le Docteur Nelly AGRINIER	Juge
M. le Docteur Damien GONTHIER	Directeur et Juge

20 février 2018

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :
Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Karine ANGIOI-DUPREZ
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

==========

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE Bernard FOLIGUET Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI
Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER
Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD
Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ -Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Michèle KESSLER - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ
2ème sous-section : ***(Histologie, embryologie et cytogénétique)***
Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur François MARCHAL
4ème sous-section : ***(Nutrition)***
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : ***(Parasitologie et Mycologie)***
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***
Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER
3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie-réanimation)***

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2ème sous-section : ***(Réanimation)***

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; addictologie)***

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***

Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)***

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3ème sous-section : ***(Médecine générale)***

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***
Professeure Muriel BRIX

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Professeure Céline HUSELSTEIN

==========

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Docteur Bruno GRIGNON

2ème sous-section : ***(Histologie, embryologie et cytogénétique)***
Docteure Chantal KOHLER

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie)
Docteure Anne DEBOURGOGNE

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
2ème sous-section : ***(Réanimation ; Médecine d'urgence)***
Docteur Antoine KIMMOUN
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)***
Docteur Nicolas GIRERD

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
2ème sous-section : (Chirurgie générale)
Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)
3ème sous-section : ***(Médecine générale)***
Docteure Elisabeth STEYER

54ème Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteure Isabelle KOSCINSKI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : ***(Oto-Rhino-Laryngologie)***
Docteur Patrice GALLET

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

7ème Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES
Madame Christine DA SILVA-GENEST

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS Monsieur Christophe NEMOS

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

A notre Maître et Président de Jury

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN, Professeur de Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Veuillez recevoir à travers cette thèse l'assurance de notre haute considération et de notre profond respect.

A nos Juges

Madame le Docteur Élisabeth STEYER, Maître de Conférence de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Soyez assurée de mon respect et de ma reconnaissance.

Madame le Docteur Nelly AGRINIER, Maître de Conférence des Universités et Praticien Hospitalier de Santé Publique et Médecine Sociale

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Damien GONTHIER, Chef de Clinique de Médecine Générale

Merci à toi de partager ma vision de notre métier et de m'avoir aidée à choisir ce sujet. Et surtout un grand merci pour ton aide, ton soutien et ta compréhension.

A mes proches

Aux personnels des services d'Urgences d'Épinal, de Pneumologie de Briey, de Gynécologie-Pédiatrie de Neufchateau, de Médecine A de Neufchateau et de Maladies Infectieuses de Nancy pour leur accueil, leur enseignement et leur contribution à ma formation professionnelle.

Un merci particulier aux Docteurs Élisabeth Thomas et Franck Roung pour m'avoir donné le goût de notre magnifique discipline et m'en avoir enseigné la pratique.

Aux internes, co-internes et co-externes qui m'ont guidée, soutenue et accompagnée le long de ce long chemin que sont nos études.

Et parmi eux, bien entendu, merci à toi Cindy, tour à tour amie, complice, confidente, ange gardien et bien plus encore, pour ton amitié si précieuse.

A ma deuxième complice, Alexia, pour tous ces moments partagés au cours de l'année écoulée. Merci pour ton amitié et ton soutien de tous les instants, je n'y serais pas arrivée sans toi.

A ma famille, grands-parents, oncles et tantes, cousins et cousines, qui ont tous un peu contribué à faire de moi celle que je suis. Une pensée à celle qui, partie bien trop tôt, a toujours veillé sur moi et influencé ma vie.

Aux « moitiés », Gilles et Sabine, qui êtes devenus bien plus que cela pour moi. Merci d'avoir rendu la situation si facile et de faire chaque jour le bonheur de mes parents.

A Monique, une belle sœur de rêve, qui m'a fait le plus beau des cadeaux, Mathilda et Benjamin, mes neveu/nièce adorés.

A Guillaume, mon grand frère, mon idole et modèle depuis toujours. Nos années de compétition fraternelle sont heureusement loin derrière nous , mais ce sont elles et toi qui ont construit ma détermination et ma capacité à me surpasser. Si je me relève toujours, c'est grâce à toi.

A mes parents...pour tout : les valeurs que vous m'avez inculquées, votre soutien, votre amour inconditionnel... J'espère vous rendre toujours fiers de celle que je suis et deviendrai.

Papa, tu n'as jamais douté de ma capacité à réussir, et finalement tu avais raison : ça l'a fait !

Maman...il n'y aura jamais assez de mots pour exprimer tout ce que je te dois et tu le sais déjà. Alors je ne retiendrai ici que ton aide précieuse, ta patience à toute épreuve et ta compréhension sans faille même quand je ne la méritais pas.

Serment

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des matières

Abréviations 14

Introduction générale 15

Article 20

Introduction 20

Méthode 21

Méthode de sélection des études 21

Stratégie de recherche bibliographique 22

Mots clés/ équation de recherche 22

Bases consultées 23

Collecte des données et analyse 23

Résultats 24

Résultat de la recherche 24

Diagramme de flux 25

Caractéristiques des études retenues : 26

Effet des interventions 34

Effet de l'ACP sur la mortalité totale: 34

Efficacité sur les hospitalisations toutes causes : 34

Effet sur la qualité de vie : 35

Effet sur les capacités d'auto-soin : 35

Discussion 37

Conclusion 40

Bibliographie 41

Annexes 45

Abréviations

ACP : Approche Centrée sur le Patient

CISMeF : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DHFKS : Dutch HF Knowledge Scale

EHFSCB : European Heart Failure Self-Care Behavior scale

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FEVG : Fraction d'Éjection Ventriculaire Gauche

HAS : Haute Autorité de Santé

IC : Insuffisance Cardiaque

KCCQ : Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire

MeSH : Medical Subject Headings

MLHFQ : Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire

QLI, cardiac version : Quality of Life Index

RCT : Randomised Control Trial (essai contrôlé randomisé)

SC : Self-Care (auto-soin)

SCHFI : Self-Care of Heart Failure Index

SF – 8 ou SF – 12 ou SF – 36 : Short Form health survey, à 8, 12 ou 36 item

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Introduction générale

Afin de définir la médecine générale, la WONCA s'est attachée à décrire le rôle du médecin généraliste dans le système de santé : « Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline.[...] Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. […] Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. [...] »(1). A partir de cette définition, ont été établies les caractéristiques de la discipline, parmi lesquelles :

– développement d'une « approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires »

– utilisation d'un « mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée »

– « responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient »

– « promotion et éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace »

– réponse « aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle »(1)

Sur ces bases, le CNGE a établi une liste de compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale, en particulier :

– « Privilégier le modèle bio-psychosocial qui prend en considération les dimensions culturelles et existentielles :

– fonder son raisonnement et sa synthèse sur les données actuelles de la science ;
– négocier avec le patient pour aboutir à une prise en charge acceptable et acceptée

– Adopter une approche centrée sur la personne et son entourage en tenant compte du contexte personnel du patient.

– Créer une relation adaptée entre le médecin et le patient, en respectant son autonomie :

– manifester une écoute active et empathique,

– maîtriser les techniques de communication verbale et non verbale,

– adapter la communication aux possibilités de compréhension du sujet,

– prendre en compte ses émotions et celles du patient sujet,

– intégrer dans la pratique les principes éthiques appliqués aux soins : humanité, respect, égalité, autonomie du patient »(2)

Toutes ces caractéristiques, qui sont le cœur de la médecine générale, sont les fondements de l'Approche Centrée sur le Patient (ACP).

Définition de l'Approche Centrée sur le Patient

L'ACP admet plusieurs définitions selon les auteurs. Dans la littérature, selon Stewart,(3): « être centré sur le patient signifie prendre en compte sa volonté d'information et de participation à la prise de décision et y répondre de façon appropriée ». Sur Medline (4) , la définition actuelle du terme de recherche est « Soins des patients par lesquels les ressources institutionnelles et le personnel s'organisent autour des patients et non autour des services spécialisés ». Selon l'HAS, « la démarche centrée sur le patient s'appuie sur une relation de partenariat avec le patient, ses proches, et le professionnel de santé [...] pour aboutir à la construction ensemble d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps. Elle considère qu'il existe une complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du patient acquise au fur et à mesure de la vie avec ses problèmes de santé ou psychosociaux, la maladie et ses répercussions sur sa vie personnelle et celle de ses proches. »(5)

Ces définitions ont été formalisées en plusieurs concepts afin de préciser les modalités de l'approche centrée sur le patient et d'en faciliter l'enseignement : (6–8)

– Explorer la maladie en intégrant la perspective du patient :

Il s'agit pour le médecin d'explorer la maladie (disease) en intégrant la réalité subjective du patient (illness). Le soignant doit donc garder sa conception biomédicale objective (physiopathologie, fonctionnement par organe, symptôme, diagnostic, thérapeutique…) et en même temps comprendre la perspective du patient. Pour cela, il doit lui faire raconter sa maladie pour qu'il puisse dire son vécu, ses représentations et ses connaissances sur celle-ci et exprimer ses attentes en tant que malade ainsi que ce qui est important pour lui. Le médecin procède à une synthèse de la perspective du patient et des données biomédicales afin d'organiser une prise en charge globale de celui-ci.

– Comprendre la personne dans sa globalité bio-psychosociale :

Au même titre qu'il explore l'histoire médicale du patient (en explorant ses antécédents médico-chirurgicaux personnels et familiaux), le médecin doit chercher à connaître son contexte socio-environnemental ainsi que son histoire personnelle et sa trajectoire de vie. Il doit prendre en compte son contexte proximal (famille, travail, niveau de vie, loisir, soutien social possible) et son contexte distal (socioculturel, religieux, communautaire, politique…) Le médecin doit prendre en considération le vécu psychologique du patient, sa personnalité, sa capacité à faire face, à agir mais aussi ses résistances aux changements, ses besoins, ses désirs… Il convient aussi de le faire réfléchir sur son concept de soi : connaissance de soi, estime de soi, confiance en soi, sentiment d'efficacité personnelle.

Ces deux dimensions permettent, à travers la prise en compte par le soignant de la perspective du patient, de concevoir une approche globale de la personne. Les suivantes mettent plus en jeu le patient en tant qu'acteur de sa santé.

– Trouver un terrain d'entente sur le problème, les solutions et le partage des responsabilités:

Le patient apporte son « expertise de soi » et le médecin apporte ses compétences biomédicales et relationnelles afin d'arriver à une compréhension commune du problème et à un accord sur un certain nombre de questions : ainsi responsabilisé, il peut entamer une démarche participative dans sa prise en charge et ainsi prendre part et adhérer aux prises de décision. Pour arriver à cela, le médecin doit adapter son langage afin qu'il lui soit accessible et exposer les différentes options thérapeutiques avec leurs objectifs, avantages et inconvénients ; les techniques d'entretien motivationnel sont souvent utiles dans cette dimension.

– Établir et développer la relation médecin-patient et l'alliance thérapeutique :

Le partenariat patient-médecin obtenu doit être maintenu et renforcé notamment à travers les capacités relationnelles du médecin qui doit faire preuve d'empathie, d'implication humaine chaleureuse, de compréhension émotionnelle, de reconnaissance de l'autre. Il s'efforce de mettre en œuvre des stratégies communicationnelles telles que l'écoute active. La disqualification, la non reconnaissance de la personne humaine, la froideur technicienne et défensive du médecin doivent être bannies. Le climat de confiance ainsi obtenu permet d'arriver à l'alliance thérapeutique qui améliore le sentiment d'efficacité personnelle du patient et qui favorise chez lui le contrôle sur soi et la confiance en soi nécessaires au changement.

– Valoriser la prévention et la promotion de la santé :

Au-delà d'une pathologie donnée, il s'agit de promouvoir la valeur « Santé » aussi bien en termes de prévention qu'en terme de qualité de vie du patient. Le soignant s'implique dans l'éducation thérapeutique du patient qui apprend et réalise sa santé. La promotion de la santé nécessite la prise en compte des représentations et des idées du patient sur celle-ci, sa susceptibilité à être malade, le rapport bénéfice / coût résultant de comportements de santé plus adéquats. L'adoption de valeurs et d'objectifs «Santé» associés au sentiment d'efficacité personnel permettent d'adopter ces comportements de santé et de prendre les bonnes décisions dans ce sens.

– Faire preuve de réalisme et de réflexivité :

Cette dimension renvoie au médecin en tant que personne qui a un effet thérapeutique dont il doit être conscient tout en sachant reconnaître ses propres limites aussi bien sur le plan affectif que sur le plan organisationnel (gestion du temps, priorisation des objectifs). Le médecin, en soi, peut être considéré comme un instrument de la guérison : c'est « l'effet médecin ». Cette guérison concerne non seulement le corps mais aussi toute la personne car elle a été prise en compte tout au long de la démarche de soin.

Le médecin doit être capable de reconnaître les moments où le patient peut avoir besoin de plus de temps pour parler de ses problèmes ou au contraire respecter ses réticences à certains échanges : flexibilité, adaptabilité et disponibilité sont des qualités essentielles. Ces capacités associées à la qualité de la relation avec le patient permettent une meilleure gestion du temps qui manque souvent en pratique courante. L'optimisation du temps passe aussi par une définition claire de priorités et d'objectifs réalistes.

Cela nécessite pour le médecin d'apprendre à se connaître lui-même pour être un bon soignant. Il y parvient en réfléchissant sur son expérience professionnelle et en cherchant à reconnaître ses propres forces , faiblesses et limites. Ces dernières peuvent être compensées par un travail interdisciplinaire et par le recours à d'autres spécialités.

Article

Introduction

L'insuffisance cardiaque (IC) concerne 23 millions de personnes à travers le monde(9), et bien que son incidence se soit stabilisée ces dernières décennies (10), elle demeure une cause majeure de mortalité(11). Elle est la cause la plus fréquente d'hospitalisation dans les pays développés(12), avec 50% de ré-hospitalisations dans les 6 mois(13). Malgré l'amélioration des traitements, elle représente un fardeau pour les patients et leurs proches(14), avec des symptômes importants, de faibles capacités fonctionnelles, responsables d'une faible qualité de vie, tant physique que psychologique(15,16).

Le traitement de l'IC associe actuellement une optimisation des différents traitements médicamenteux (Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion (IEC) ou ARA II, Bêtabloquants et antagonistes des récepteurs des minéralocorticoïdes (ARM)) et la mise en place d' interventions de type « disease management » . Ces interventions reposent sur un accompagnement personnalisé du patient, des séances d'éducation thérapeutique, une gestion des signes d'alerte de décompensation notamment(17). Cet accompagnement a comme objectif d'augmenter les compétences d'auto-soin du patient, compétences qui ont montré leur efficacité sur les capacités fonctionnelles et la qualité de vie(18) du patient insuffisant cardiaque.

L'auto-soin (« self-care », SC) comprend trois composantes(19,20) :

- « SC maintenance », c'est à dire les comportements visant à maintenir un certain équilibre physiologique (adhérence médicamenteuse, surveillance « monitoring » des symptômes)
- « SC management », c'est à dire la réactivité face aux symptômes (reconnaissance des symptômes et adaptation de la conduite à tenir)
- « SC confidence », c'est à dire la perception par le patient de ses capacités d'auto-soin.

Selon cette théorie de l'auto-soin, les patients sont les acteurs principaux dans la prise de décision médicale et devraient avoir les outils pour gérer leurs problèmes de santé(20). Or, si les connaissances théoriques sont nécessaires à la pratique de l'auto-soin, elles ne suffisent pas à améliorer les comportements(21). L'optimisation de la prise en charge nécessite une véritable coopération et participation du patient(22), qui doit être formé à la prise de décision, en tenant compte de l'interaction individu/problème/environnement(20).

Dans ce cadre, la pertinence de l'approche centrée sur le patient (ACP) a été évoquée afin d'améliorer l'auto-soin qui reste peu présent dans l'insuffisance cardiaque(23,24). Ce type d'approche est au cœur du métier de médecin généraliste, qui est le premier interlocuteur du patient chronique dans la gestion de sa maladie. Mais cette démarche est fortement chronophage et il semble nécessaire, pour en élargir l'usage, d'en évaluer l'efficacité, notamment sur les principales conséquences de l'insuffisance cardiaque.

L'objectif de cette étude était donc de réaliser une mise au point de l'efficacité de l'Approche Centrée Patient dans l'amélioration de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique.

Méthode

Il s'agit d'une revue systématique de la littérature.

Méthode de sélection des études

Les critères d'inclusion sont les suivants :

– population : patients > 18 ans, diagnostic d'insuffisance cardiaque chronique

– soins ambulatoires

– intervention décrivant au moins une dimension de l'ACP

– morbi-mortalité et critères de jugement intermédiaires (hospitalisations, qualité de vie, adhérence thérapeutique, capacité d'auto-soin)

– langue : français, anglais

– études publiées au cours des 10 dernières années

Pour rappel, nous avons défini 6 dimensions dans l'ACP :

– Explorer la maladie en intégrant la perspective du patient

– Comprendre la personne dans sa globalité bio-psychosociale

– Trouver un terrain d'entente sur le problème, les solutions et le partage des responsabilités

– Établir et développer la relation médecin-patient et l'alliance thérapeutique

– Valoriser la prévention et la promotion de la santé

– Faire preuve de réalisme et de réflexivité

Étaient exclues les études qui concernaient les patients mineurs, réalisées en soins palliatifs et chez des patients présentant des troubles cognitifs, une perte d'autonomie, ou résidant en EHPAD/maison de retraite.

Stratégie de recherche bibliographique

Mots clés/ équation de recherche

Les mots clés ont été définis à l'aide de la base de données CISMeF, les définitions sont recensées en annexe 1.

Différentes équations de recherche ont été testées afin d'obtenir le meilleur rapport sensibilité/spécificité. L'équation retenue est présentée en annexe 2.

En plus du mot clé générique « patient centered care » (soins centrés sur le patient), il a été ajouté un mot clé pour chaque dimension de l'ACP, en s'appuyant sur les recherches déjà réalisées sur ce thème :

– decision making : prise de décision

– physician patient relations : relations médecin-patient

– patient participation : participation du patient

– health promotion : promotion de la santé

– empathy : empathie

– patient acceptance of health care : acceptation des soins par le patient

Pour l'insuffisance cardiaque, les termes « heart failure », « chronic heart failure », « cardiac failure », « myocardial failure » et « congestive heart failure » ont été retenus.

Bases consultées

La recherche a été réalisée sur les bases de données Cochrane et Pubmed via Medline entre octobre et décembre 2017. Les références bibliographiques des articles sélectionnés ont aussi été consultées. Les références bibliographiques ont été gérées à partir du logiciel Zotero.

Collecte des données et analyse

Les articles ont été sélectionnés dans un premier temps sur titre puis sur résumé. Un exemplaire du texte intégral de chaque étude retenue selon le résumé a été récupéré pour analyse fine afin de vérifier le respect des critères d'inclusion/exclusion et la présence effective des dimensions de l'ACP dans l'intervention.

Les données extraites ont été les suivantes :

– titre, auteur, journal, année de publication, pays,

– objectif, design de l'étude

– détail de l'intervention : support, groupe/individuel, durée, dimensions de l'ACP concernées

– patient : nombre, critères d'inclusion

– critères de jugement

– résultat : efficacité selon les critères de jugement, taille de l'effet, significativité

L'efficacité a été évaluée sur les critères de jugement des différentes études, dans la mesure où ils correspondaient à ceux retenus pour cette revue de la littérature, à savoir :

– critère de jugement principal : mortalité

– critères de jugement intermédiaires :

– hospitalisations

– qualité de vie

– adhérence thérapeutique

– capacités d'auto-soin

Résultats

La dernière recherche a été effectuée le 22 Décembre 2017 et a permis de sélectionner 739 articles parmi lesquels 11 études ont été incluses. (cf figure 1)

Résultat de la recherche

La recherche a permis d'identifier 11 études (25–35) ce qui représente un total de 4503 patients. La durée de suivi des études variait entre 1 mois et 3 ans.
On compte 4 études américaines (USA), 4 études européennes, 1 étude canadienne, 1 étude chinoise et 1 étude australienne.

Diagramme de flux

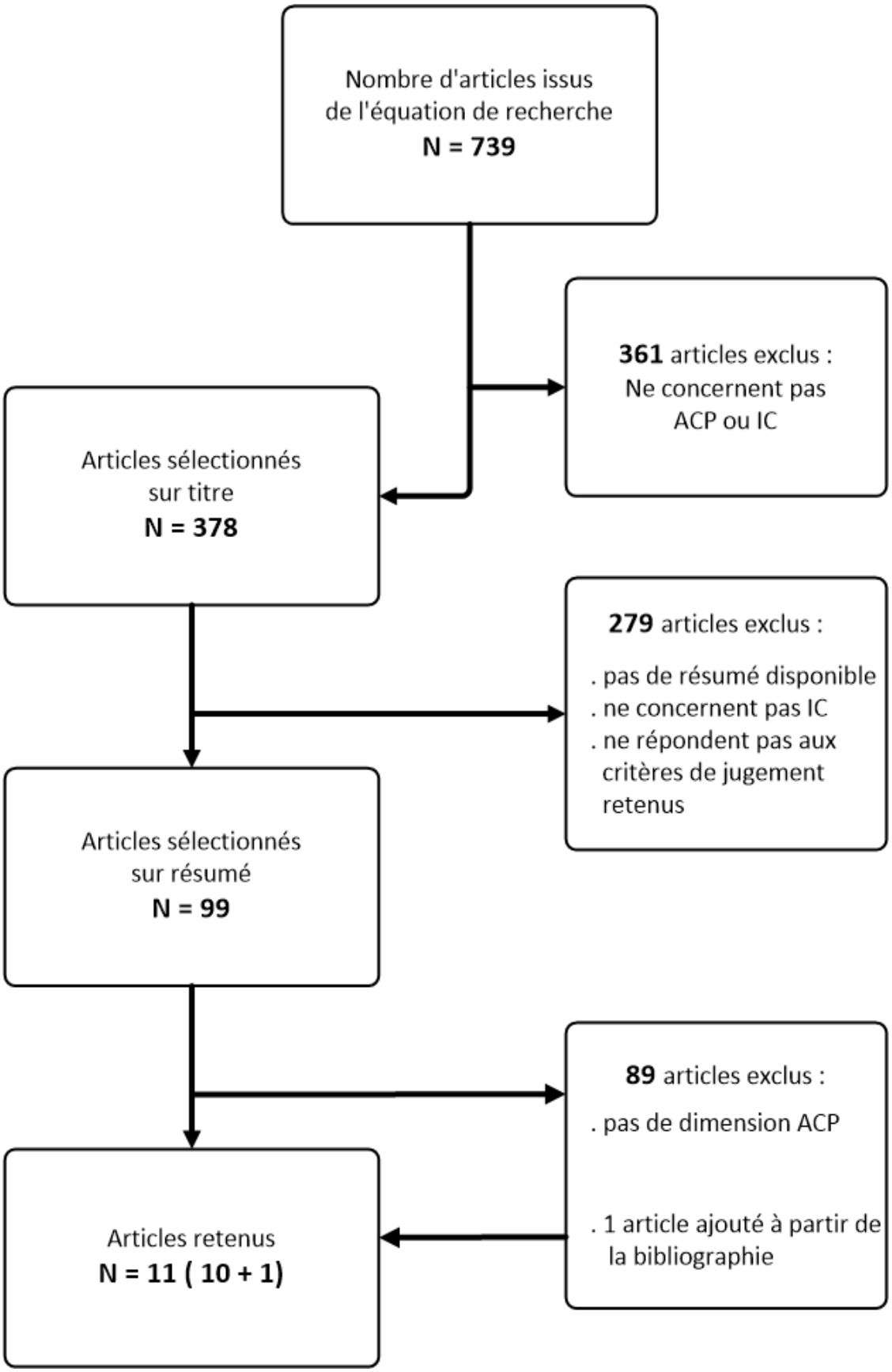


Figure 1 : Diagramme de flux

Caractéristiques des études retenues :

Numéro d'étude	Auteur (année)	Pays	Titre	Objectif	Design	Durée de suivi	Nombre de patients (intervention/ contrôle)	Critères de jugement	Résultats principaux
1	Bird et al. (2010)	Australie	An integrated care facilitation model improves quality of life and reduces use of hospital resources by patients with chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure	Évaluer l'impact à long terme du projet HARP sur la demande hospitalière (présentations aux urgences, admissions, durée d'hospitalisation) et la santé des patients (qualité de vie)	Essai contrôlé non randomisé, chez des insuffisants cardiaques chroniques gros consomma-teurs de soins hospitaliers (au moins 3 présentations à l'hôpital dans les 12 mois précédents l'inclusion)	De 53 à 358 jours	95	- hospitalisation (présentation aux urgences, admission, nombre de jours d'hospitalisation) - qualité de vie **(** MLHFQ**)**	Réduction significative du nombre de présentations aux urgences, du nombre d'admission et du nombre de jours d'hospitalisation, par rapport au groupe contrôle ; Augmentation significative de la qualité de vie

2	Copeland et al. (2010)	USA	An Intervention for VA Patients With Congestive Heart Failure	Évaluer les effets d'une intervention de télémédecine sur la qualité de vie ET 2ème objectif : effets sur la survie à 1 an, conformité/ satisfaction aux soins	RCT chez des vétérans insuffisants cardiaques chroniques	1 an	458 (220/238)	-consommation hospitalière annuelle (admissions, réadmissions à 30 jours) - qualité de vie (SF-8) - survie à 1 an - observance thérapeutique (auto-questionnaire sur la fréquence de la pesée, du respect du régime, de la prise médicamenteuse, de la pratique d'une activité physique)	Pas de différence significative en terme de consommation hospitalière, survie à 1 an ou qualité de vie ; augmentation significative de l'observance à la pesée quotidienne et la pratique régulière d'une activité physique
3	Dickson et al. (2014)	USA	Building Skill In Heart Failure Self-care Among Community Dwelling Older Adults: Results Of A Pilot study	Tester l'efficacité d'une intervention d'empowerment sur l'auto soin, les connaissances et la qualité de vie à 1 et 3 mois	RCT chez des insuffisants cardiaques chroniques âgés, NYHA I à III	3 mois	75 (38/37)	- auto-soin (SCHFI) - connaissances (DHFKS) - qualité de vie **(**KCCQ**)**	Augmentation significative des capacités d'auto-soin (SC maintenance et SC management) et des connaissances, pas de différence significative de qualité de vie

4	Hua et al. (2017)	Chine	Collaborative care model improves self-care ability, quality of life and cardiac function of patients with chronic heart failure	Explorer les effets d'un modèle de soins collaboratif sur les capacités d'auto soin, la qualité de vie et la fonction cardiaque de patients insuffisants cardiaques chroniques	RCT chez des insuffisants cardiaques chroniques, NYHA I à III	3 mois	114 (57/57)	- auto-soin (SCHFI) - qualité de vie (SF - 12)	Augmentation significative des capacités d'auto-soin (SC maintenance, SC management, confidence)) et de la qualité de vie (physique et morale)
5	Grady et al. (2014)	USA	Does Self-management Counseling in Patients with Heart Failure Improve Quality of Life? Findings from the Heart Failure Adherence and Retention Trial (HART)	Déterminer l'effet d'une intervention de self management sur la qualité de vie	RCT chez des insuffisants cardiaques chroniques, NYHA II ou III	3 ans (1 an d'intervention, 2 ans de suivi simple)	902 (451/451)	- qualité de vie **(** QLI, SF - 36**)**	Amélioration de la qualité de vie, sans différence significative avec le groupe contrôle
6	Härter et al. (2016)	Allemagne	Effectiveness of Telephone-Based Health Coaching for Patients with Chronic Conditions: A Randomised Controlled Trial	Évaluer l'efficacité d'un coaching téléphonique sur le délai de réadmission, la demande hospitalière, l'observance médicamenteuse, l'incapacité de travail et la mortalité	RCT chez des insuffisants cardiaques chroniques, assurés d'une compagnie d'assurance santé	2 ans	660 (338/322)	- hospitalisation (temps avant réadmission, probabilité de réadmission, nombre d'admissions, nombre de jours d'hospitalisation) - mortalité	Diminution significative de la mortalité et du nombre d'admissions, mais pas de différence significative de temps avant réadmission, de probabilité de réadmission ni de nombre de jours d'hospitalisation

7	Boyne et al. (2013)	Pays-Bas	Effects of tailored telemonitoring on heart failure patients' knowledge, self-care, self-efficacy and adherence: A randomized controlled trial	analyser l'efficacité d'une intervention de télé-monitoring sur les connaissances, l'auto-efficacité, l'auto-soin et l'adhérence	RCT chez des insuffisants cardiaques chroniques, NYHA II à IV	1 an	382 (197/185)	- connaissances (DHFKS) - auto-soin (EHFSCB) - auto-efficacité (15-item Barnason Efficacy Expectation Scale) - adhérence thérapeutique (Heart Failure Compliance Scale)	Augmentation significative des connaissances, des capacités d'auto-soin, de l'auto-efficacité à 6 mois (mais non significatif à 1 an) ; augmentation significative de l'adhérence à la restriction hydrique, à la pesée, à l'activité physique (uniquement à 3 mois) ; augmentation significative de l'observance médicamenteuse à 6 et 12 mois mais sans différence significative avec le groupe contrôle
8	Brodie et al. (2006)	Royaume-Uni	Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: A randomised controlled trial	examiner l'efficacité d'une intervention avec entretien motivationnel (MI) sur la qualité de vie	RCT chez des insuffisants cardiaques chroniques âgés (> 65 ans), NYHA II à IV, avec 3 groupes (soins standards, intervention et intervention+ soins standards)	5 mois	60 (22/18/20)	- qualité de vie **(** SF - 36, MLHFQ**)**	Amélioration significative de la qualité de vie à 5 mois dans tous les groupes, mais différence significative uniquement entre les groupes « MI » et « MI + standard)

9	Powell et al. (2010)	USA	Self-management Counseling in Patients with Heart Failure : Primary Results from the Heart Failure Adherence and Retention Trial (HART)	Évaluer une intervention associant éducation thérapeutique et apprentissage de l'auto gestion sur la mortalité et l'hospitalisation, par rapport à l'éducation seule	RCT chez des patients insuffisants cardiaques chroniques, NYHA II ou III	1 an	902 (451/451)	- mortalité - hospitalisation (admission)	Pas de différence significative de mortalité ni hospitalisation
10	Paradis et al. (2010)	Canada	The Efficacy of a Motivational Nursing Intervention Based on the Stages of Change on Self-care in Heart Failure Patients	Évaluer les effets d'une intervention d'entretien motivationnel sur les comportements d'auto-soin	étude pilote, randomisée, avec groupe contrôle	1 mois	30 (15/15)	- auto-soin (SC maintenance par SCHFI, SC management par SCHFI et 12-item Therapeutic Self-care Scale, confidence par SCHFI et Confidence and Conviction scale)	Augmentation significative de la composante « confidence » par rapport au groupe contrôle, augmentation non significative des autres composantes
11	Lynggaard et al. (2017)	Danemark	The patient education — Learning and Coping Strategies — improves adherence in cardiac rehabilitation (LC-REHAB): A randomised controlled trial	Évaluer l'impact de l'ajout d'une stratégie de «Learning and Coping » sur l'adhérence à un programme de réadaptation cardiaque	RCT chez des insuffisants cardiaques chroniques, intéressés par le programme de réadaptation	8 semaines	825 (413/412)	- adhérence thérapeutique (séances d'exercices, séances d'éducation thérapeutique)	Amélioration significative de l'adhérence aux séances d'exercices et aux séances d'éducation, par rapport au groupe contrôle

Caractéristiques des études retenues (suite) :

Numéro d'étude	Auteur (année)	Pays	Titre	Intervention
1	Bird et al. (2010)	Australie	An integrated care facilitation model improves quality of life and reduces use of hospital resources by patients with chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure	Prise en charge multidisciplinaire, comprenant 4 à 7 RDV d'information et éducation, avec évaluation initiale de l'histoire du patient et des besoins de soins non satisfaits, afin d'identifier les difficultés, les barrières au changement, et établir un plan de soin personnalisé
2	Copeland et al. (2010)	USA	An Intervention for VA Patients With Congestive Heart Failure	Établissement d'un plan de soins personnalisé selon l'histoire du patient, ses facteurs psychosociaux, ses pratiques d'auto-soin, pour classification en 3 groupes de risques et adaptation des interventions. Entretiens téléphoniques de 30 à 40 minutes, menés par une IDE, pour éducation, coaching selon des principes d'entretien motivationnel, avec une fréquence variable selon le groupe de risque (de 1 fois toutes les 3-4 semaines à 1 fois tous les 6 mois), pendant 1 an. Transmission automatique des informations au médecin qui peut adapter la PEC à tout moment selon les besoins identifiés
3	Dickson et al. (2014)	USA	Building Skill In Heart Failure Self-care Among Community Dwelling Older Adults: Results Of A Pilot study	Évaluation des connaissances de chaque patient, de son niveau de compétence en auto-soin et des situations spécifiques (culturelles et sociales), pour adapter les informations délivrées en terme d'adhérence médicamenteuse, régime, monitoring des symptômes et « management ». Promotion des compétences d'auto-soin à l'aide de sessions de 60 minutes, en groupes de 4 à 8 personnes, 2 fois par semaine, pendant 4 semaines (avec jeux de rôles)
4	Hua et al. (2017)	Chine	Collaborative care model improves self-care ability, quality of life and cardiac function of patients with chronic heart failure	Prise en charge par une IDE, avec évaluation initiale des capacités d'auto-soin et du statut psychologique, afin de fixer des objectifs individuels cliniques et d'auto-soin, en collaboration avec le patient et ses proches. Remise de documentation écrite et vidéo, explication des médicaments. Supervision du management des symptômes et habitudes de vie (pesée, TA, régime, exercice physique, sommeil). Entretiens téléphoniques hebdomadaires de suivi, avec feedback.

5	Grady et al. (2014)	USA	Does Self-management Counseling in Patients with Heart Failure Improve Quality of Life? Findings from the Heart Failure Adherence and Retention Trial (HART)	18 sessions de 2h d 'éducation et coaching en groupes de 5 à 10, pendant 1 an. Implication du patient dans ses soins, développement des capacités d'auto-soin pour optimiser les conseils des soignants; format de « résolution de problèmes » pour aider le patient à identifier ses barrières et adapter la prise en charge à sa situation
6	Härter et al. (2016)	Allemagne	Effectiveness of Telephone-Based Health Coaching for Patients with Chronic Conditions: A Randomised Controlled Trial	Coaching téléphonique individuel mené par une IDE attitrée, avec au minimum 1 contact toutes les 6 semaines, pendant une durée d'1 an, divisé en 3 phases : 1 appel d'accueil pour créer une relation patient-soignant, recueillir les informations personnelles (sévérité de la maladie, paramètres cliniques et comportements) et déterminer la perspective du patient sur les modifications à apporter; 1 appel d'orientation pour fixer conjointement les objectifs à atteindre, et stimuler la motivation au changement; des appels de « maintenance », pour entretenir la motivation, évaluer les changements et définir conjointement de nouveaux objectifs
7	Boyne et al. (2013)	Pays-Bas	Effects of tailored telemonitoring on heart failure patients' knowledge, self-care, self-efficacy and adherence: A randomized controlled trial	Évaluation quotidienne via un dispositif de telemonitoring, des symptômes, connaissances et comportements d'auto-soin du patient (système de « quiz » avec correction immédiate et informations orientées). Existence de 4 profils pour adapter, après 3 mois de suivi, le contenu du programme en fonction des besoins individuels (accent mis sur la reconnaissance des symptômes, les connaissances ou les comportements). Ré-allocation possible à un nouveau profil aussi souvent que nécessaire.
8	Brodie et al. (2006)	Royaume-Uni	Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: A randomised controlled trial	Programme d'entretien motivationnel, à raison de 8 sessions d'1h à domicile, 1 fois par semaine, pour promouvoir l'activité physique, en l'adaptant aux habitudes quotidiennes du patient et en fixant avec lui des objectifs d'exercice. Le groupe 3 (standard + MI) bénéficie en plus de conseils et recommandations d'une IDE spécialisée, pour participer à des programmes structurés d'activité physique, adresses dans les environs.

9	Powell et al. (2010)	USA	Self-management Counseling in Patients with Heart Failure : Primary Results from the Heart Failure Adherence and Retention Trial (HART)	18 sessions de 2h d 'éducation et coaching en groupes de 5 à 10, pendant 1 an. Implication du patient dans ses soins, développement des capacités d'auto-soin pour optimiser les conseils des soignants; format de « résolution de problèmes » pour aider le patient à identifier ses barrières et adapter la prise en charge à sa situation
10	Paradis et al. (2010)	Canada	The Efficacy of a Motivational Nursing Intervention Based on the Stages of Change on Self-care in Heart Failure Patients	Intervention menée par une IDE, avec 3 rencontres, une en face-à-face et 2 entretiens téléphoniques. lors du 1er contact, le patient choisit un comportement d'auto-soin qu'il souhaite changer (restriction hydrique, régime hyposodé, pesée quotidienne, exercice physique régulier, observance médicamenteuse), selon ce qui lui semble le plus aisé ou le plus important, conjointement avec l'IDE. En fonction du degré de conviction et de confiance du patient, celle-ci sélectionne l'intervention d'entretien motivationnel la plus adaptée, en tenant compte du rythme du patient; lors des entretiens téléphoniques , l'IDE évalue à nouveau les degrés de conviction et confiance du patient ainsi que son stade de changement, et adapte l'intervention
11	Lynggaard et al. (2017)	Danemark	The patient education — Learning and Coping Strategies — improves adherence in cardiac rehabilitation (LC-REHAB): A randomised controlled trial	Programme de réadaptation cardiaque en groupes, mené par des IDE et kiné attitrés à chaque groupe, consistant en 3 séances d'exercice physique et 1 séance d'éducation thérapeutique par semaine, pendant une durée de 8 semaines. Dans le groupe « intervention », chaque semaine, les intervenants, qui incluent également d'anciens patients en tant que co-éducateurs, font le bilan des sessions et besoins individuels des patients, pour planifier la session suivante. En plus des sessions d'éducation en groupe, les patients du groupe « intervention » bénéficient d'entretiens individuels au début et à la fin du programme. L'entretien initial se focalise sur l'expérience personnelle de la maladie pour aider le patient à clarifier ses besoins quant au programme. L'entretien final permet, en partenariat avec le patient, de discuter des bénéfices obtenus et des futures stratégies à adopter.

Effet des interventions

Pour évaluer l'efficacité des interventions, les résultats ont été classés et analysés selon chaque critère de jugement.

Effet de l'ACP sur la mortalité totale:

Parmi les études sélectionnées, une seule démontrait une diminution significative de la mortalité. Cette étude, réalisée auprès de 660 patients, constatait une diminution significative de la mortalité (p=0,001) dans le groupe « intervention » (34 décès) comparé au groupe contrôle (62 décès)(30).

Deux autres études, incluant 458 patients pour la première et 902 patients pour la seconde, n'ont pas montré de différence sur la survie à 1 an(26) ou la mortalité à 2 ans (88 versus 100, avec p=0,41)(33).

L'étude de Powell, incluant 902 patients, a également étudié la mortalité liée à l'insuffisance cardiaque, sans démontrer non plus de différence significative à 2 ans (33).

L'étude de Bird a calculé le taux de mortalité cumulée dans chaque groupe pour considérer son impact sur la consommation hospitalière, mais aucune analyse statistique n'a été réalisée. Il existait néanmoins une diminution de moitié du taux de mortalité à 1 an dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle (18% versus 36%)(25).

Efficacité sur les hospitalisations toutes causes :

4 études évaluaient l'impact de l'ACP sur les hospitalisations.

Aucune étude ne montrait d'effet statistiquement significatif sur les réadmissions (26,30) avec un p=0,558 pour l'étude de Härter(30)

Néanmoins, une diminution du nombre d'admissions a été décrite dans deux études (95 patients, p=0,002 ; 660 patients, p=0,012 (25,30)). Il existait une diminution du nombre d'admissions pour les études de Copeland et de Powell (26,33) mais sans significativité statistique. L'étude de Powell a également étudié les hospitalisations liées à l'insuffisance cardiaque mais les résultats n'étaient pas non plus significatifs (105 versus 105, avec p>99) (33).

L'étude de Bird, auprès de 95 patients montrait également une diminution de la présentation aux urgences avec un p=0,001(25).

On retrouvait également dans l'étude de Bird, incluant 95 patients, une diminution significative de la durée d'hospitalisation (p<0,001)(25) alors que l'étude de Härter, incluant 660 patients, montrait une diminution mais non significative (p=0,249)(30).

Effet sur la qualité de vie :

6 études évaluaient l'impact de l'ACP sur la qualité de vie.

Il a été démontré une amélioration significative de la qualité de vie dans trois études, incluant 95 patients (p<0,001)(25) , 114 patients (p<0,01 pour les critères physiques ; p<0,05 pour les critères psychologiques)(28) et 60 patients (p<0,05)(32). Il faut noter que dans l'étude de Bird, incluant 95 patients, l'amélioration de la qualité de vie était constatée par rapport au début de l'étude en raison de l'absence de groupe contrôle pour ce critère(25).

En revanche, deux études, incluant 458 patients pour la première et 75 patients pour la seconde, ne montraient pas d'amélioration significative(26,27) avec un p>0,05 pour l'étude de Dickson (27) ; tandis que l'étude de Grady, incluant 902 patients, montrait des résultats mitigés, avec l'amélioration du score générique QLI et la dégradation du score SF-36, sans différence significative avec le groupe contrôle (p = 0,90 et p=0,59)(29)

Effet sur les capacités d'auto-soin :

Sur les 6 études qui évaluaient l'impact sur la capacité d'auto-soin, 5 études ont montré une amélioration significative, sur différentes composantes de l'auto-soin.

Une étude, incluant 382 patients, a montré une augmentation significative (p<0,001) des capacités globales d'auto-soin(31). Dans les deux études qui les étudiaient, incluant 75 et 382 patients, les connaissances spécifiques à l'insuffisance cardiaque ont été significativement améliorées (p=0,001 et p<0,001 respectivement)(27,31) .

Il a été démontré une amélioration de la composante « SC maintenance », de manière globale dans deux études, incluant 75 et 114 patients (p=0,041 et p<0,05)(27,28) ou sur certains aspects de monitoring ou adhérence thérapeutique dans trois autres études :

- l'étude de Copeland, incluant 458 patients, sur l'observance à 2 recommandations d'auto-soin (pesée quotidienne, p=0,03 ; et exercice physique régulier, p=0,03) (26)

- L'étude de Boyne, incluant 382 patients, pour la pesée quotidienne (p<0,001), la restriction hydrique (p<0,001) et l'activité physique régulière (p=0,023).

Il n'y avait toutefois pas de différence significative concernant l'observance médicamenteuse et le régime hypo-sodé.(31)

- l'étude de Lynggaard, incluant 825 patients, sur l'adhérence aux sessions d'entraînement (p<0,001) et d'éducation (p=0,001)(35)

Une étude de 30 patients montrait par ailleurs un score plus élevé de « SC maintenance » que le groupe contrôle, mais de manière non significative (p=0,64).(34)

Concernant la composante « SC management », les deux études qui l'étudiaient ont montré une amélioration significative (l'étude de Dickson, avec 75 patients, p=0,024 ; et l'étude de Hua, avec 114 patients, p<0,05) (27,28).

L'étude de Paradis, de 30 patients, montrait un score plus élevé de « SC management » que le groupe contrôle, mais de manière non significative (p=0,64).(34)

Enfin, il a été démontré une amélioration significative de « SC confidence » dans une étude de 114 patients (p<0,05)(28) et un niveau de « SC confidence » spécifique à l'insuffisance cardiaque significativement supérieur au groupe contrôle (p=0,005) dans une étude de 30 patients(34). Dans cette même étude, le score de « SC confidence » général était plus élevé mais la différence non significative(34).

Toutefois, l'étude de Boyne étudiait « l'auto-efficacité » qui peut s'y apparenter. Cette étude de 382 patients montrait une augmentation de l'auto-efficacité qui n'était significativement différente qu'à 6 mois (p=0,002), la significativité disparaissant à 12 mois (p=0,192)(31).

De plus, on peut noter que 2 études (les études de Hua et Lynggaard) ont montré un effet significatif sur des critères de jugement intermédiaires qui n'avaient pas été retenus pour notre étude (la fonction cardiaque, à travers la FEVG, le NT proBNP et le test de marche des 6 minutes, et la réussite d'un exercice final évaluant la réadaptation cardiaque à l'effort)(28,35).

Discussion

Cette revue de la littérature a montré un impact modéré de l'ACP sur la mortalité. Il existe un effet plus significatif de l'ACP sur les hospitalisations toutes causes, sur la qualité de vie physique et psychologique et plus particulièrement sur les compétences d'auto-soin.

Or, l'auto-soin a démontré son efficacité sur l'amélioration des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie des patients(18). On peut donc légitimement s'interroger sur les raisons d'un impact plus faible de l'ACP sur la qualité de vie, les critères d'hospitalisation et la mortalité des patients insuffisants cardiaques.

Plusieurs pistes peuvent expliquer ce phénomène :
On peut en premier lieu évoquer le facteur « temps ». Pour être efficace, une intervention éducative doit être répétée et prolongée(36,37), d'autant plus quand il s'agit de modifier des comportements. Or, certaines interventions étudiées ici ne duraient que quelques semaines, et auraient peut-être eu un impact si elles avaient été menées plus longuement. De plus, des interventions prolongées sont plus proches de la réalité du suivi d'un patient atteint de maladie chronique.

D'autre part, on peut s'interroger sur les délais nécessaires pour évaluer l'ACP, délais qui permettraient d'observer les effets d'un changement de comportement. Ce constat est malheureusement en partie limité par la faible espérance de vie des patients insuffisants cardiaques (mortalité à 5 ans d'environ 59% chez les hommes et 45% chez les femmes)(38), et pose la question de l'évaluation et la mise en place d'une intervention au stade le plus précoce possible de la maladie.

On peut ensuite évoquer les limites concernant la taille de l'échantillon des différentes études. Toutes les études considérées ici étaient d'effectifs assez faibles (toutes de moins de 1000 patients, 7 de moins de 500 et 4 de moins de 100) et pourraient ainsi manquer de puissance. Il serait intéressant de réaliser ces interventions sur des effectifs plus importants afin de vérifier ces tendances.

Dans la plupart des études de cette revue, il y a une double analyse statistique : une analyse « intervention » versus « contrôle » et une analyse pré et post intervention où le groupe « intervention » est son propre contrôle. On note une amélioration significative de certains critères de jugement quand le groupe est son propre contrôle, mais on ne montre pas de différence significative avec le groupe contrôle. Cette absence de différence est intriquée aux soins reçus par le groupe contrôle. En effet, dans certaines études, le groupe contrôle a bénéficié d'un protocole plus prononcé que les soins de référence habituellement pratiqués. C'est l'exemple de l'étude HART où le groupe contrôle recevait de la documentation par courriel mais surtout un suivi téléphonique pour vérifier la bonne réception et compréhension de ces informations(29,33).

L'effet placebo, notamment sur l'évaluation de la qualité de vie et de l'adhérence médicamenteuse, peut sous-estimer l'effet de l'intervention. En effet, par le fait même de l'existence d'une intervention et d'une attention plus importante portée au patient, la qualité de vie et l'observance des patients du groupe contrôle peuvent s'améliorer.

L'absence de significativité de l'ACP peut être expliquée également par le design des études. L'essai contrôlé randomisé, en double aveugle ne semble pas adapté pour évaluer ce type d'intervention dite complexe. «Dans le cadre d'actions sur les milieux de vie, les environnements, ou encore les changements de comportements, il ne s'agit en effet plus uniquement de répondre à la question : « Est-ce que l'intervention fonctionne ? » mais d'envisager les questions : « Comment fonctionne-t-elle ? », « Auprès de quelle(s) population(s) ? » et « Pourquoi ? ». S'il permet de répondre à la question de l'efficacité théorique d'une intervention, [l'essai contrôlé randomisé] ne fournit pas d'information sur les mécanismes de cette intervention et ne permet donc pas d'aborder les éléments de complexité tels que le contexte de l'intervention, les dimensions organisationnelles, populationnelles ou encore environnementales de l'intervention. »(39)

Une autre difficulté dans l'évaluation de l'ACP réside dans sa définition et son identification. Car si elle est de plus en plus étudiée, ses concepts restent sujets à interprétation. En choisissant d'élargir la recherche aux composantes de l'ACP au lieu de se limiter au mot-clé « approche centrée patient », nous avons pris le risque d'un biais de sélection des études.

Nous avons choisi cette démarche en vue de ne pas ignorer des interventions qui remplissaient les critères de l'ACP sans en porter le nom ou être identifiées comme telles.
A contrario, l' « étiquette ACP» ne suffit pas à garantir qu'une intervention soit de façon effective centrée sur le patient. Il peut exister des facteurs de confusion probablement liés à des facteurs humains, subjectifs, tels « l'effet médecin », directement liés à la pratique, l'expérience et la personnalité du soignant. Ces possibles facteurs de confusion rendent difficile l'évaluation de l'ACP dans la mesure où un soignant (ou une intervention) peut ne pas faire preuve de suffisamment d'aptitudes de communication, d'attitude empathique, de réassurance alors qu'il cherche à le faire(8). On peut illustrer cette notion avec les résultats de deux études où l'intervention était délivrée par des non-soignants. Dans notre recherche, une étude était menée par des travailleurs sociaux en indépendance (40) et elle montrait une amélioration significative de plusieurs critères d'auto-soin. Dans les études de Dickson et de Brodie, l'intervention était en partie menée par des non soignants, formés aux techniques de communication et entretien motivationnel. Ces 2 études ont montré des résultats significatifs. La nature de l'intervention semble aussi importante que celui qui la mène.
Un autre facteur de confusion important est l'absence de données sur l'optimisation médicamenteuse qui est l'élément majeur de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque et qui a montré des résultats sur la mortalité et le risque d'hospitalisation (17).

Néanmoins, l'ACP a montré un effet sur plusieurs critères de jugement chez les patients insuffisants cardiaques. L'étude de Powell ne montre pas de réduction de la mortalité ni du taux d'hospitalisation dans la population totale du groupe « intervention », mais l'analyse en sous-groupes a montré de manière significative que l'intervention avait un bénéfice pour les patients en situation de précarité en éliminant l'impact des faibles revenus sur le délai de décès ou hospitalisation pour insuffisance cardiaque (33).

L'ACP ne suffit peut-être pas seule à améliorer des critères de jugement « forts » tels que la mortalité ou les hospitalisations, mais elle pourrait être associée à d'autres modèles de prise en charge afin de potentialiser leurs effets respectifs. En particulier, l'ACP pourrait compléter des interventions de type « disease management » qui ont montré leur efficacité dans la réduction de la mortalité et des hospitalisations (41,42). Le Disease management constitue,

selon Pierre Lebert : « L'évolution supérieure du "managed care". Il est basé sur une approche plus globale de la maladie et de la santé, par l'intégration de tous les maillons de la chaîne des soins (mais aussi d'actions de prévention et d'information) et par l'adoption d'une démarche visant à l'amélioration qualitative de la distribution des soins »(43). A l'approche globale de la maladie, comprenant des interventions de soins coordonnées, des séances d'éducation thérapeutique,des stratégies visant à accroître les capacités des patients à se prendre en charge (empowerment), s'ajouterait l'approche globale du patient de l'ACP.

Conclusion

Notre revue n'a pas permis de démontrer l'efficacité de l'ACP sur la mortalité des patients insuffisants cardiaques.

En revanche, elle révèle une efficacité modérée sur les hospitalisations, sur la qualité de vie mais surtout un impact important sur les capacités d'auto-soin. Toutefois, notre revue présente certaines limites, en particulier de faibles effectifs, la sélection des études, les difficultés de définir l'ACP. L'essai contrôlé randomisé ne permet pas d'évaluer correctement les interventions complexes comme l'ACP et d'autres méthodes doivent être envisagées.

Les résultats sont malgré tout encourageants, notamment en terme d'auto-soin, qui est un des objectifs des interventions de type « disease management ». La combinaison de ces deux approches pourrait améliorer la prise en charge des patients insuffisants cardiaques chroniques et représente un axe d'étude à développer à l'avenir.

Bibliographie

1. Wonca Europe. The European Definition of GP / FM | Wonca Europe [Internet]. [cité 6 avr 2018]. Disponible sur: http://www.woncaeurope.org/gp-definitions

2. Attali C, Bail P, Magnier A-M, Beis J-N, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. :2.

3. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. BMJ. 24 févr 2001;322(7284):444-5.

4. Sherer JL, Anderson HJ, Lumsdon K. Putting patients first. Hospitals work to define patient-centered care. Hospitals. 5 févr 1993;67(3):14-24, 26.

5. HAS. Haute Autorité de Santé - Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. [cité 29 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi

6. Stewart M. Patient-centered Medicine: Transforming the Clinical Method. Radcliffe Publishing; 2003. 380 p.

7. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med 1982. oct 2000;51(7):1087-110.

8. Belbal K, Moreau A, Université Claude Bernard (Lyon). Efficacité des études d'intervention selon les dimensions ciblées de l'approche centrée sur le patient en prévention cardiovasculaire (revue de littérature). [Lieu de publication inconnu]: [éditeur inconnu]; 2016.

9. Liu L, Eisen HJ. Epidemiology of heart failure and scope of the problem. Cardiol Clin. févr 2014;32(1):1-8, vii.

10. Bui AL, Horwich TB, Fonarow GC. Epidemiology and risk profile of heart failure. Nat Rev Cardiol. janv 2011;8(1):30-41.

11. WRITING GROUP MEMBERS, Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, et al. Heart disease and stroke statistics--2010 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 23 févr 2010;121(7):e46-215.

12. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. juill 2012;33(14):1787-847.

13. Aghababian RV. Acutely decompensated heart failure: opportunities to improve care and outcomes in the emergency department. Rev Cardiovasc Med. 2002;3 Suppl 4:S3-9.

14. McMurray JJV, Stewart S. The burden of heart failure. Eur Heart J Suppl. 1 avr 2002;4(suppl_D):D50-8.

15. Jurgens CY, Moser DK, Armola R, Carlson B, Sethares K, Riegel B, et al. Symptom clusters of heart failure. Res Nurs Health. oct 2009;32(5):551-60.

16. Mulligan K, Mehta PA, Fteropoulli T, Dubrey SW, McIntyre HF, McDonagh TA, et al. Newly diagnosed heart failure: change in quality of life, mood, and illness beliefs in the first 6 months after diagnosis. Br J Health Psychol. sept 2012;17(3):447-62.

17. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 14 juill 2016;37(27):2129-200.

18. Krumholz HM, Amatruda J, Smith GL, Mattera JA, Roumanis SA, Radford MJ, et al. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. J Am Coll Cardiol. 2 janv 2002;39(1):83-9.

19. Riegel B, Dickson VV, Topaz M. Qualitative analysis of naturalistic decision making in adults with chronic heart failure. Nurs Res. avr 2013;62(2):91-8.

20. Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. J Cardiovasc Nurs. juin 2008;23(3):190-6.

21. Ekman I, Schaufelberger M, Kjellgren KI, Swedberg K, Granger BB. Standard medication information is not enough: poor concordance of patient and nurse perceptions. J Adv Nurs. oct 2007;60(2):181-6.

22. Monane M, Bohn RL, Gurwitz JH, Glynn RJ, Avorn J. Noncompliance with congestive heart failure therapy in the elderly. Arch Intern Med. 28 févr 1994;154(4):433-7.

23. Powell LH, Calvin JE, Mendes de Leon CF, Richardson D, Grady KL, Flynn KJ, et al. The Heart Failure Adherence and Retention Trial (HART): design and rationale. Am Heart J. sept 2008;156(3):452-60.

24. Muzzarelli S, Brunner-La Rocca H, Pfister O, Foglia P, Moschovitis G, Mombelli G, et al. Adherence to the medical regime in patients with heart failure. Eur J Heart Fail. avr 2010;12(4):389-96.

25. Bird S, Noronha M, Sinnott H. An integrated care facilitation model improves quality of life and reduces use of hospital resources by patients with chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure. Aust J Prim Health. 2010;16(4):326-33.

26. Copeland LA, Berg GD, Johnson DM, Bauer RL. An intervention for VA patients with congestive heart failure. Am J Manag Care. mars 2010;16(3):158-65.

27. Dickson VV, Melkus GD, Katz S, Levine-Wong A, Dillworth J, Cleland CM, et al. Building skill in heart failure self-care among community dwelling older adults: results of a pilot study. Patient Educ Couns. août 2014;96(2):188-96.

28. Hua CY, Huang Y, Su YH, Bu JY, Tao HM. Collaborative care model improves self-care ability, quality of life and cardiac function of patients with chronic heart failure. Braz J Med Biol Res Rev Bras Pesqui Medicas E Biol. 21 sept 2017;50(11):e6355.

29. Grady KL, de Leon CFM, Kozak AT, Cursio JF, Richardson D, Avery E, et al. Does self-management counseling in patients with heart failure improve quality of life? Findings from the Heart Failure Adherence and Retention Trial (HART). Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil. févr 2014;23(1):31-8.

30. Härter M, Dirmaier J, Dwinger S, Kriston L, Herbarth L, Siegmund-Schultze E, et al. Effectiveness of Telephone-Based Health Coaching for Patients with Chronic Conditions: A Randomised Controlled Trial. Fukumoto Y, éditeur. PLOS ONE. 15 sept 2016;11(9):e0161269.

31. Boyne JJJ, Vrijhoef HJM, Spreeuwenberg M, De Weerd G, Kragten J, Gorgels APM, et al. Effects of tailored telemonitoring on heart failure patients' knowledge, self-care, self-efficacy and adherence: a randomized controlled trial. Eur J Cardiovasc Nurs J Work Group Cardiovasc Nurs Eur Soc Cardiol. juin 2014;13(3):243-52.

32. Brodie DA, Inoue A, Shaw DG. Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: a randomised controlled trial. Int J Nurs Stud. avr 2008;45(4):489-500.

33. Powell LH, Calvin JE, Richardson D, Janssen I, Mendes de Leon CF, Flynn KJ, et al. Self-management counseling in patients with heart failure: the heart failure adherence and retention randomized behavioral trial. JAMA. 22 sept 2010;304(12):1331-8.

34. Paradis V, Cossette S, Frasure-Smith N, Heppell S, Guertin M-C. The efficacy of a motivational nursing intervention based on the stages of change on self-care in heart failure patients. J Cardiovasc Nurs. avr 2010;25(2):130-41.

35. Lynggaard V, Nielsen CV, Zwisler A-D, Taylor RS, May O. The patient education - Learning and Coping Strategies - improves adherence in cardiac rehabilitation (LC-REHAB): A randomised controlled trial. Int J Cardiol. 1 juin 2017;236:65-70.

36. Ni H, Nauman D, Burgess D, Wise K, Crispell K, Hershberger RE. Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. Arch Intern Med. 26 juill 1999;159(14):1613-9.

37. Boyde M, Tuckett A, Peters R, Thompson D, Turner C, Stewart S. Learning for heart failure patients (The L-HF patient study). J Clin Nurs. juill 2009;18(14):2030-9.

38. Levy D, Kenchaiah S, Larson MG, Benjamin EJ, Kupka MJ, Ho KKL, et al. Long-Term Trends in the Incidence of and Survival with Heart Failure. N Engl J Med. 31 oct 2002;347(18):1397-402.

39. Dupin CM, Breton É, Kivits J, Minary L. Pistes de réflexion pour l'évaluation et le financement des interventions complexes en santé publique. Santé Publique. 2015;27(5):653-7.

40. Rosen D, Berrios-Thomas S, Engel RJ. Increasing self-knowledge: Utilizing tele-coaching for patients with congestive heart failure. Soc Work Health Care. 20 oct 2016;55(9):711-9.

41. Roccaforte R, Demers C, Baldassarre F, Teo KK, Yusuf S. Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. Eur J Heart Fail. 1 déc 2005;7(7):1133-44.

42. Lambrinou E, Kalogirou F, Lamnisos D, Sourtzi P. Effectiveness of heart failure management programmes with nurse-led discharge planning in reducing re-admissions: a systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. mai 2012;49(5):610-24.

43. Lebert P. Disease management, sommes-nous convertibles ? Région Santé Est Med. 1996;(43):5-8.

Annexes

Annexe 1

Définition des MeSH retenus:

Acceptation des soins par le patient : Quête et acceptation par le patient des services de santé.

Empathie : Prise de conscience objective et judicieuse des sentiments et comportements d'une autre personne. Elle doit être distinguée de la sympathie qui n'est pas critique et objective. L'empathie comprend la bienveillance qui est une preuve de la reconnaissance et de la préoccupation du bien-être d'autrui.

Participation du patient : Participation du patient dans le processus décisionnel pour les sujets concernant la santé.

Prise de décision : Processus collaboratif pour parvenir à une décision. Processus visant à construire un jugement intellectuel sélectif en présence de plusieurs alternatives complexes constituées de plusieurs variables et définissant habituellement une façon de procéder ou une idée.

Promotion de la santé : Encouragement des comportements de consommation susceptibles de favoriser le niveau sanitaire (physique et psychologique) par le biais d'informations de santé, de programmes de prévention et par l'accès au soin médical.

Relations médecin-patient : Interactions entre le médecin et le patient.

Soins centrés sur le patient : Soins des patients par lesquels les ressources institutionnelles et le personnel s'organisent autour des patients et non autour des services spécialisés.

Annexe 2

Équation de recherche :

Recherche avec toutes les composantes de l'ACP en termes MeSH, l'insuffisance cardiaque « heart failure » en terme MeSH, ses équivalents en titre et les filtres : 10 ans, humains, anglais/francais, >18ans : 739 résultats

(((((((("patient acceptance of health care"[MeSH Terms]) OR "health promotion"[MeSH Terms]) OR "patient participation"[MeSH Terms]) OR "empathy"[MeSH Terms]) OR "physician-patient relations"[MeSH Terms]) OR "decision making"[MeSH Terms]) OR "patient centered care"[MeSH Terms]) AND ("last 10 years"[PDat] AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR French[lang]) AND adult[MeSH]))) AND (((("heart failure"[MeSH Terms]) OR "chronic heart failure"[Title/Abstract]) OR "Cardiac Failure"[Title/Abstract]) OR "Myocardial Failure"[Title/Abstract]) OR "Congestive Heart Failure"[Title/Abstract])

VU

NANCY, le **13 avril 2018**
Le Président de Thèse

Professeur Jean-Marc BOIVIN

NANCY, le **16 avril 2018**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10246

NANCY, le **24 avril 2018**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

INTRODUCTION : L'insuffisance cardiaque chronique est une cause majeure de morbi-mortalité à travers le monde. Comme toute pathologie chronique, sa prise en charge nécessite l'implication du patient. L'approche centrée sur le patient (ACP) est un modèle théorique dans lequel le patient est placé au centre de sa prise en charge. Elle prend en compte la perspective du patient et sa réalité biopsychosociale et agit sur la relation entre le soignant et le patient pour développer les capacités d'auto-soin de celui-ci. L'objectif de notre revue était d'évaluer l'efficacité des interventions basées sur l'ACP dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique chez l'adulte.

METHODE : Une recherche bibliographique a été effectuée entre octobre et décembre 2017 sur Pubmed et Cochrane. Ont été incluses les études réalisées en ambulatoire, qui évaluaient des interventions basées sur au moins une dimension de l'ACP, avec pour critères de jugement la mortalité, les hospitalisations, la qualité de vie et les capacités d'auto-soin.
RESULTATS : 11 études ont été incluses. 1 étude parmi 3 concluait à l'efficacité de l'ACP sur la mortalité, 2 études parmi 4 sur les hospitalisations, 3 études parmi 6 sur la qualité de vie et enfin 5 études parmi 6 sur les capacités d'auto-soin. Les autres études aboutissaient à des résultats non significatifs.

CONCLUSION : Notre revue n'a pas permis de démontrer l'efficacité de l'ACP sur la mortalité des patients insuffisants cardiaques, mais elle révèle une efficacité modérée sur les hospitalisations et sur la qualité de vie, et surtout un impact important sur les capacités d'auto-soin. Elle a mis en lumière l'inadaptation de l'essai contrôlé randomisé pour évaluer correctement les interventions complexes comme l'ACP. Les résultats sont malgré tout encourageants et incitent à étudier la combinaison de l'ACP avec des interventions de type « disease management » afin d'améliorer la prise en charge des patients insuffisants cardiaques chroniques.

TITRE EN ANGLAIS : Interest of Patient-Centered Care in patients with chronic heart failure : a literature review

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE -ANNÉE 2018

MOTS-CLEFS : Approche Centrée Patient, Insuffisance cardiaque chronique, Efficacité, Revue de la littérature

INTITULÉ ET ADRESSE

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex