

Éducation cardiovasculaire de patients âgés

Évaluation d'un programme

Avec des résultats sur l'alimentation, l'autosurveillance, le repérage des douleurs cardiaques, les connaissances sur les traitements par le patient, ce programme de la mutualité sociale agricole, efficace même en dehors des lieux de soins, pourrait faire école...

Cyril Crozet*, Vincent Van Bockstael**, Jean-François d'Ivernois*, Joelle Devos**, Annick Winock**, Dominique Bertrand**

* Laboratoire de pédagogie de la santé UPRES EA 3412, U.F.R. SMBH Léonard de Vinci, université Paris XIII, 93017 Bobigny

** Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole, Bagnolet 93547 Cedex

L'éducation thérapeutique du patient (ETP), vise à « *aider le patient et sa famille à comprendre sa maladie, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer sa qualité de vie. C'est un processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient. L'éducation thérapeutique permet aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie* »⁽¹⁾.

Aujourd'hui, l'éducation thérapeutique est réalisée pour un ensemble de maladies chroniques dans des établissements de soins et de cure, dans des réseaux de soins et de santé ainsi qu'en pratique libérale⁽²⁾. L'ETP a prouvé son efficacité, comme en témoignent plusieurs méta-analyses^(3,4,5). Dans le domaine de la cardiologie, il a été montré que les patients victimes d'un accident coronarien bénéficiant d'une éducation thérapeutique compre-

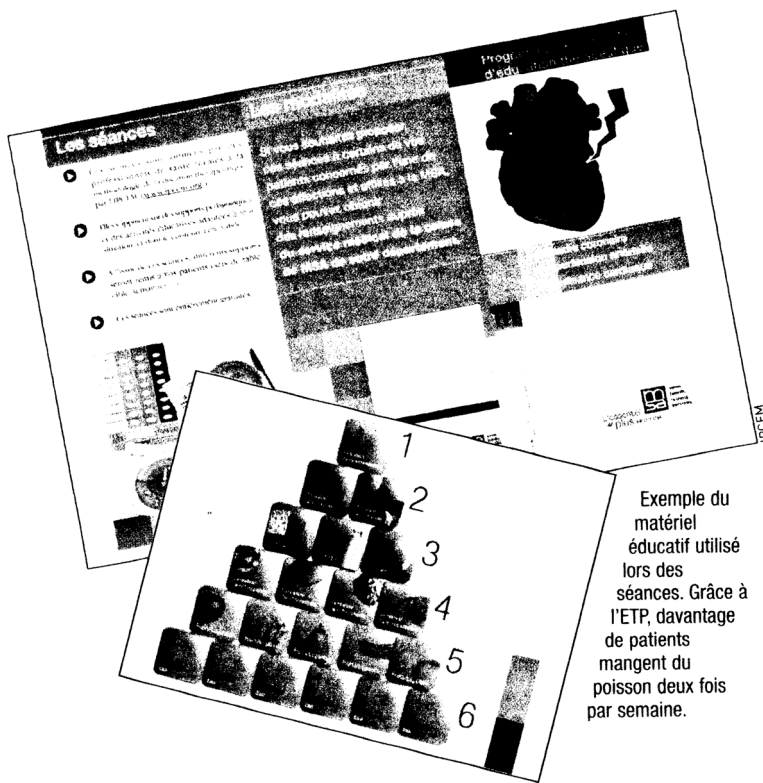
naient mieux et, par conséquent, géraient mieux leurs facteurs de risque^(6,7). Plusieurs études ont démontré l'intérêt de l'ETP chez des patients ayant une insuffisance cardiaque. La plus récente⁽⁸⁾ mettait en évidence qu'une seule séance d'une durée d'une heure permet de réduire d'au moins un tiers le risque de réhospitalisation ou de décès à six mois.

La Mutualité sociale agricole (MSA) est le 2^e régime d'assurance maladie français avec près de 4 millions de bénéficiaires, essentiellement des salariés et exploitants agricoles.

À la MSA, les affections cardiovasculaires et le diabète représentent 60 % des effectifs des patients en affection de longue durée (ALD), soit environ 430 000 personnes. Considérant que ces patients pouvaient bénéficier d'une éducation thérapeutique à laquelle ils n'avaient pas facilement accès, la MSA a mis en œuvre de 2004 à 2005, dans 9 régions de France, une expérience d'ETP de patients en ALD atteints de maladies cardiovasculaires. Cette expérience, évaluée par le Laboratoire de pédagogie de la santé de l'université Paris XIII, a tenté le pari de faire éduquer les patients par des professionnels de santé de la MSA et extérieurs à la MSA, tous préalablement formés à la méthodologie pédagogique de l'éducation thérapeutique par l'Institut de perfectionnement en communication et éducation médicales (IPCEM) et sur le plan de la cardiologie par la Fédération française de cardiologie. Ce projet a été entièrement financé sur le fonds de prévention de la MSA.

UNE EXPÉRIMENTATION DANS 9 RÉGIONS

L'expérience s'est déroulée sur un an, de septembre 2004 à 2005, dans 17 sites répartis dans 9 régions de France : Alsace, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes.



Exemple du matériel éducatif utilisé lors des séances. Grâce à l'ETP, davantage de patients mangent du poisson deux fois par semaine.

Un programme d'éducation thérapeutique à proximité du domicile du patient

Il comprenait trois séances de groupe de trois heures, distantes d'une à deux semaines, avec une nouvelle séance à six mois pour évaluation. Les séances ont eu lieu dans des locaux non médicaux situés à proximité du domicile des patients.

Cent cinquante-huit patients atteints d'une affection cardiovasculaire (maladie coronaire ou insuffisance cardiaque) suivis en ALD ont participé à ces séances. Les patients, motivés, ont tous été adressés par leur médecin traitant à la suite d'une proposition qui leur avait été faite par la MSA. Les médecins les ont informés et ont élaboré un diagnostic éducatif préalable transmis aux animateurs. Ceux-ci sont pour moitié des médecins de la MSA et pour l'autre des professionnels de santé salariés ou libéraux. Ils ont reçu une formation méthodologique de six jours, accompagnée de la fourniture de documents ressource d'aide aux séances d'éducation.

La population initiale de 158 patients est constituée de 114 hommes (72 %) et de 44 femmes (28 %), sex-ratio 2,6, âgés en moyenne de 70 ans \pm 6,1 (extrêmes : 53 et 80). Cent cinquante-quatre patients ont suivi la formation jusqu'au bout et 107 ont rempli les questionnaires à six mois.

Une évaluation de nature pédagogique

L'évaluation de l'expérience a comporté deux volets.

Pour les patients :

- évaluation des connaissances avant, juste après les séances d'éducation et à six mois (pré-test/post-test 1/post-test 2) sur la physiopathologie de la maladie cardiovasculaire, les facteurs de risque, l'alimentation, l'activité physique, les lipides sanguins, le traitement de la maladie coronarienne, de l'insuffisance cardiaque et le traitement par antivitamine K ;

- évaluation des comportements de santé avant l'éducation et à six mois (pré-test/post-test) par un questionnaire de 25 items concernant l'alimentation, l'activité physique, l'autosurveillance et le traitement.

Pour les médecins généralistes : évaluation à six mois de leur opinion vis-à-vis de l'éducation thérapeutique reçue par leurs patients et des changements éventuels qu'ils avaient constatés chez eux.

Cette évaluation est de nature pédagogique ; elle ne prend pas en compte d'éventuelles modifications d'ordre bioclinique.

RÉSULTATS ET ANALYSE

Acquisition de connaissances spécifiques par les patients

L'analyse des pré-tests/post-tests fait apparaître un gain moyen de connaissance de 11 % après l'ETP. Ce résultat plutôt modeste est attribuable au niveau élevé dès le pré-test (61 % de bonnes réponses). Apparemment, les patients connaissent les recommandations nationales sur la diététique et l'activité physique. Ils connaissent les taux maximaux de cholestérol et de glycémie ainsi que les chiffres normaux de la pression artérielle. Leurs connaissances de départ sur les symptômes de l'insuffisance cardiaque, sur les mécanismes des diurétiques, de l'aspirine, des bêtabloquants et des AVK sont également élevées. Ce que l'ETP leur a apporté, c'est une connaissance plus spécifique – mais vitale – des formes typiques et atypiques de la douleur de l'infarctus (gain en pré-test et post-test 1 : 31 %), de l'origine d'une prise de poids importante dans l'insuffisance cardiaque (gain : 18,6 %). Sur le plan nutritionnel, suite à l'ETP, les patients ont changé leur représentation concernant la teneur en gras du beurre, de la margarine et des huiles (gains : 17 % et 24 %).

De même, ils ont appris à mieux distinguer le cholestérol-LDL du cholestérol-HDL (gain : 42 % et 29 %) et à mieux interpréter les valeurs de l'INR (gain : 12 %) pour les 44 patients qui recevaient un traitement par AVK.

Ces gains sont stables à six mois, ce qui traduit l'absence d'érosion des connaissances.

Changements de comportement

Situation de départ : un mode de vie plutôt sain, mais de faibles compétences techniques en santé

Le questionnaire initial indique que les patients ont des comportements alimentaires et d'activité physique « plutôt sains ». L'alimentation est diversifiée, sans excès et pas trop éloignée des recommandations nutritionnelles du PNNS. Concernant l'activité physique, le jardinage est l'activité la plus fréquente (45 %), tandis qu'un tiers des répondants déclarent effectuer de 30 à 60 minutes de marche rapide par jour.

En revanche, les compétences techniques en santé semblent loin d'être maîtrisées par la plupart des répondants : 15 % des patients interrogés disent mesurer



régulièrement leur pression artérielle, 21 % déclarent savoir évaluer les œdèmes aux chevilles et aux pieds et 15 % disent se peser tous les jours. 50 % des patients disent qu'ils savent évaluer leur degré d'essoufflement et 30 % apprécier leur rythme cardiaque ; 43 % disent savoir repérer la réapparition de douleurs d'origine cardiaque et 53 % peuvent les distinguer d'autres douleurs. Si 82 % des patients déclarent connaître le nom des médicaments qu'ils prennent, ils ne sont que 65 % à pouvoir expliquer leur effet thérapeutique. Concernant l'observance, les patients déclarent prendre régulièrement leurs médicaments sans les oublier (89 %).

Six mois après l'éducation thérapeutique (tableau) : un meilleur repérage des douleurs cardiaques

Un certain nombre de comportements demeurent inchangés dans le déclaratif des patients ou changent de façon minime (changement inférieur à 3 %) : utilisation de l'huile d'arachide, consommation de charcuterie. En revanche, après éducation, ils sont moins nombreux (- 7 %) à rajouter du sel à table et à cuisiner au beurre (- 9 %). Davantage de patients (+ 9 %) mangent désormais du poisson 2 fois et plus par semaine. Ils sont 5 % en plus à consommer des fruits et légumes 3 à 4 fois par jour.

De même, on constate qu'ils sont 30 % (contre 15 % six mois auparavant) à déclarer effectuer 15 à 30 minutes de marche par jour...

Pour l'autosurveillance, on compte davantage de patients disant mesurer leur pression artérielle (+ 13 %), sachant

évaluer les œdèmes aux chevilles et aux pieds (+ 10 %) et mesurer la fréquence de leur rythme cardiaque (+ 10 %).

C'est pour le repérage des douleurs d'origine cardiaque et de leur diagnostic différentiel que les gains sont les plus importants : respectivement 14 % et 12 %.

De même, 75 % des patients, six mois après l'éducation, peuvent expliquer l'effet des médicaments qu'ils prennent (+ 10 % par rapport au pré-test) et savent ce qu'il faut faire en cas d'oubli de leur traitement anticoagulant (+ 8 %).

Satisfaction des médecins généralistes

Pour 85 % des médecins généralistes (n = 55) ayant adressé leurs patients, ces derniers ont acquis des connaissances et amélioré leur hygiène de vie suite au programme d'éducation.

Pour 70 %, leurs patients ont augmenté leur confiance dans la gestion de leur maladie. Pour 88 %, leurs patients ont exprimé leur satisfaction vis-à-vis de l'éducation reçue et, pour 85 %, grâce à cette éducation, ils collaboreront mieux avec eux.

Si pour 81 % d'entre eux, l'expérience menée par la MSA est utile, et il est souhaitable de la continuer (83 %), ils ne sont que 53 % à vouloir être davantage impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre des futurs programmes d'éducation thérapeutique de la MSA.

DISCUSSION

L'âge ne constitue pas un obstacle à l'éducation thérapeutique

Les patients éduqués dont la moyenne d'âge est élevée (70 ans) acquièrent, néanmoins, des connaissances pour leur santé et déclarent modifier plusieurs comportements et habitudes de vie, résultats retrouvés dans d'autres études^{9,10}. Le niveau de connaissances en santé élevé chez les patients de la Mutualité sociale agricole peut s'expliquer par le recrutement par les médecins traitants de personnes assez informées et surtout motivées.

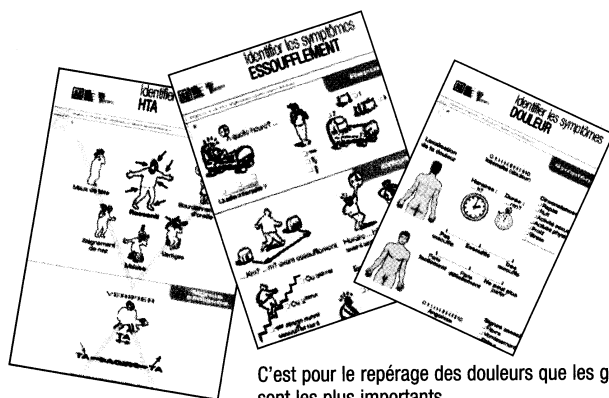
L'expérience d'éducation thérapeutique a été vécue de manière très satisfaisante, presque enthousiaste ; il n'y a pas eu de résistance à cette nouvelle pratique. Bien au contraire, l'ETP a été accueillie par les patients comme une marque d'intérêt de la part des professionnels de santé et de leur organisme de Sécurité sociale (MSA). L'assiduité aux séances d'ETP et le bon taux de remplissage des questionnaires indiquent que les patients ont joué le jeu, même si on peut évoquer ici l'inévitable effet de nouveauté.

Une éducation possible en dehors des milieux de soins

La seconde leçon que nous pouvons tirer de cette expérience est qu'une éducation thérapeutique en dehors des lieux de soins est possible et efficace. Les patients ont été réunis dans des locaux coopératifs ou dans des salles mises à la disposition des organisateurs par les municipalités.

TABLEAU MODIFICATION DES COMPORTEMENTS DES PATIENTS (PRÉ-TEST/POST-TEST À SIX MOIS)

	Pré-test	Post-test	Différence
ALIMENTATION			
Ajout de sel à table	30	23	- 7
Cuisson au beurre	20	11	- 9
Poisson deux fois et plus par semaine	44	53	+ 9
ACTIVITÉ PHYSIQUE			
Randonnée à vélo (une fois par semaine)	20	31	+ 11
Jardinage	45	68	+ 23
15 à 30 minutes de marche rapide par jour	15	30	+ 15
LES COMPÉTENCES TECHNIQUES			
Mesurent leur pression artérielle	15	28	+ 13
Évaluent leurs œdèmes aux chevilles et aux pieds	20	30	+ 10
Apprécient leur rythme cardiaque et les troubles éventuels	30	40	+ 10
Repèrent la réapparition de douleurs d'origine cardiaque	43	57	+ 14
Les distinguent d'autres douleurs	52	64	+ 12
LES MÉDICAMENTS ET L'OBSERVANCE			
Expliquent le but de ces médicaments	65	75	+ 10
Savent quoi faire s'ils oublient un jour de prendre leur traitement anticoagulant (uniquement pour les patients sous AVK)	71	79	+ 8



C'est pour le repérage des douleurs que les gains sont les plus importants.

Sur cet aspect, les résultats de notre expérience rejoignent ceux des auteurs suédois A. Sarkadi et U. Rosenqvist⁽¹¹⁾ qui ont rapporté, dès 1999, en Suède, une expérience nationale d'éducation thérapeutique de patients diabétiques de type 2 se déroulant sur l'ensemble du territoire national, le soir, dans des locaux scolaires.

Par ailleurs, l'éducation réalisée à distance de la phase aiguë et en dehors d'une structure de soins permet à la fois d'éviter la dramatisation de l'état de santé et d'enrichir l'approche psychosociale des répercussions de la maladie.

Une étroite collaboration avec les médecins traitants s'est avérée indispensable

Ils ont réalisé un diagnostic éducatif, encouragé les patients à venir suivre les séances d'éducation thérapeutique et ont apprécié les changements intervenus chez eux après éducation. Cette coopération s'est avérée pertinente, mais les médecins généralistes déclarent, dans leur majorité, qu'ils n'ont ni le temps ni les moyens suffisants pour effectuer une ETP de groupe. Notre expérience pourrait, à ce titre, constituer un modèle intéressant. En effet, si les patients ont appris, s'ils ont changé certains comportements suite à l'éducation, c'est en partie parce que les éducateurs ont bénéficié des diagnostics éducatifs transmis par les médecins traitants.

Extension de l'expérimentation à toute la France

En effet, les assurés MSA de moins de 75 ans vont se voir proposer par le service médical de leur caisse un programme d'éducation thérapeutique lors d'une demande de mise en ALD pour les affections suivantes : HTA, insuffisance cardiaque et maladie coronarienne. Pour chaque patient volontaire, le médecin généraliste sera informé parallèlement de cette proposition et complètera, lors d'une consultation avec son patient, le diagnostic éducatif nécessaire pour fixer les objectifs à atteindre.

Les patients bénéficieront ainsi de trois séances d'éducation thérapeutique de groupe qui leur permettront de mieux connaître la maladie, d'identifier les facteurs de risque, de connaître les aliments à réduire ou privilégier, de planifier une activité physique adaptée à leur situation, d'identifier les signes d'alerte et de gérer le traitement médicamenteux.

Ces séances se dérouleront à proximité du domicile du patient et seront animées par un médecin ou une infirmière salarié(e) ou libéral(e), formé(e) par l'IPCEM et conventionné avec la MSA.

Les patients se verront remettre différents supports lors de ces séances (sets de table, semainier...) dont certains, comme le contrat d'éducation et la cible des facteurs de risque, pourront servir d'appui au médecin généraliste pour poursuivre l'accompagnement de son patient.

À travers le déploiement de cette action, la MSA s'inscrit dans sa volonté de promouvoir l'éducation du patient en respectant l'accessibilité géographique, gage du principe d'équité. Ce projet ne correspond cependant qu'à une offre parmi d'autres et cherchera toujours la complémentarité avec les structures d'éducation thérapeutique déjà existantes (réseaux de soins notamment).

Les premiers guides médecins récemment diffusés par la Haute Autorité de santé définissent l'éducation thérapeutique comme un élément essentiel dans l'accompagnement médical des patients atteints de maladie chronique, même si ce type de soins n'est pas inclus dans le panier de soins remboursables. Mais au-delà de ce constat qui témoigne d'une nécessaire structuration de l'offre et des besoins en matière d'éducation thérapeutique, c'est la place de cette dernière dans le parcours de soins du patient qu'il y a lieu de spécifier et éventuellement de valoriser. ♦ 412584

RÉFÉRENCES

1. World Health Organization – Regional Office for Europe – Therapeutic patient education – continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases, Report of a WHO Working group, 1998, 73 p. www.euro.who.int/document/e63674.pdf
2. D'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique. Paris, 2^e éd., Maloine éd., 2004, 142 p.
3. Cooper H, Booth K, Fear S, et al. Chronic disease patient education: lessons from meta-analyses. *Patient Educ Couns* 2001;44:107-17.
4. Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Med Care* 1999;37:5-14.
5. Wood D, De Backer G, Faergeman O, et al. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on coronary prevention. *Eur Heart J* 1998;19:1434-503.
6. Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, et al. Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Ann Intern Med* 2005;143:659-72.
7. Warsi A, Wang PS, LaValley MP, et al. Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. *Arch Intern Med* 2004;164:1641-9.
8. Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, et al. Discharge Education Improves Clinical Outcomes in Patients with Chronic Heart Failure. *Circulation* 2005;111:179-85.
9. Caldwell MA, Peters KJ, Dracup KA. A simplified education program improves knowledge, self-care behavior, and disease severity in heart failure patients in rural settings. *Am Heart J* 2005;150:983.
10. Clark N, Rakowski W, Ostrander L, et al. Development of self-management education for elderly heart patients. *Gerontologist* 1998;28:491-4.
11. Sarkadi A, Rosenqvist U. Study circles at the pharmacy – a new model for diabetes education? *Patient Educ Couns* 1999;37:89-96.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données de cet article.