

LE DOSSIER

Réadaptation : nouvelles recommandations SFC

Quelle éducation thérapeutique en réadaptation cardiaque ?

RÉSUMÉ : L'éducation thérapeutique du patient (ETP) fait partie intégrante du programme de réadaptation cardiovasculaire (RCV). Les équipes pluridisciplinaires se sont formées et ont élaboré des programmes d'ETP structurés, destinés aux patients pris en charge en RCV (coronariens, opérés cardiaques, insuffisants cardiaques, artéritiques, haut risque cardiovasculaire).

Cette approche thérapeutique est particulièrement bien adaptée dans ces structures (SSR spécialisés cardiovasculaires) dont les objectifs sont d'initier et de renforcer la prévention secondaire. Le défi actuel est de rassembler les différentes expériences, les évaluer, les harmoniser et les incorporer dans le parcours de soin de nos patients cardiaques chroniques.



→ B. PAVY

Service de Réadaptation
cardiovasculaire,
Centre hospitalier Loire-Vendée-Océan,
MACHECOUL.

L a réadaptation cardiovasculaire (RCV) est destinée à initier et renforcer la prévention secondaire de la maladie coronaire. Une action précoce sur les facteurs de risque modifiables est nécessaire [1], basée sur un entraînement physique [2] et une approche éducative [3-6]. L'insuffisant cardiaque mérite également d'accéder à un programme spécifique de RCV et d'éducation thérapeutique [7-9]. Le programme de RCV inclut une composante éducative qui doit aujourd'hui, pour être reconnue, se structurer en programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP).

L'éducation thérapeutique s'incruste dans la réadaptation cardiaque

Depuis les années 2000, l'ETP a peu à peu pris ses marques dans les programmes de RCV. Le lieu paraît en effet favorable pour développer cette "nouvelle" approche du patient, combinant l'existence d'une équipe pluridisciplinaire disponible et d'un "temps-patient" suffisant pour élaborer avec lui une relation éducative structurée. Il est d'ailleurs remarquable de comparer les définitions

de la RCV et de l'ETP pour comprendre leur évidente intrication (**tableau I**).

Les centres de RCV ont depuis longtemps élaboré un programme d'information destiné aux patients sous formes de réunions, cours ou conférences selon les cas. Nous reproduisons en fait l'enseignement que nous avons nous-mêmes reçus dans notre scolarité sans avoir les moyens de l'adapter de façon adéquate à une population hétérogène.

Éducation thérapeutique et réadaptation cardiaque : définitions

"L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique."

"La réadaptation cardiovasculaire est l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie, ainsi que pour assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale possible afin qu'ils puissent, par leurs propres efforts, préserver ou reprendre une place aussi normale que possible dans la vie de la communauté."

TABLEAU I.

Suivant l'expérience des diabétologues, les équipes se sont peu à peu formées à l'ETP qui s'est aujourd'hui généralisée dans les services de RCV. Il s'agit le plus souvent d'un programme initial, mais parfois d'un relais après initiation en cardiologie aiguë.

L'éducation thérapeutique se structure en programmes

Inscrite dans la loi HPST de 2009, l'ETP est actuellement reconnue comme une pratique thérapeutique à part entière, sous réserve de se conformer aux textes législatifs actuels [10]. Depuis 2011, tout programme doit être autorisé par les agences régionales de santé qui ont le devoir de surveiller et coordonner l'activité éducative régionale. Les formalités administratives doivent être respectées, malgré leur côté lourd et pesant, dans le cadre de la formation de l'équipe, de l'élaboration et l'évaluation du programme (auto-évaluation annuelle), sachant que l'autorisation est valable 4 ans.

L'équipe est pluridisciplinaire et comprend en général : médecins, infirmier(e)s, kinésithérapeutes, diététicien(ne)s, éducateurs en activité physique adaptée, psychologues. Chaque membre de l'équipe doit avoir été formé (un minimum de 40 heures est requis). Le programme comprend une charte d'éthique et de confidentialité signée par tous les membres de l'équipe éducative ; ces documents doivent être actualisés chaque année. L'HAS a émis des recommandations en 2007 pour guider les équipes désireuses d'actualiser ou de créer des programmes éducatifs adaptés à la population qui leur est adressée [11]. Un document sur l'évaluation des programmes a été publié en mars 2012 [12].

L'ETP : pour quels patients ?

En RCV, les thèmes éducatifs sont liés aux indications de la réadaptation [13]

pour toutes les pathologies cardiaques chroniques prises en charge.

Patients coronariens : Indication majeure en RCV, ils sont adressés essentiellement après un accident aigu ou une revascularisation (interventionnelle ou chirurgicale). Nous verrons plus loin un exemple de programme d'ETP du coronarien.

Patients artéritiques : Souvent coronariens également, ils peuvent bénéficier d'un programme assez semblable.

Patients opérés cardiaques : Après pontage coronaire, le programme est similaire ; pour les opérés valvulaires, une éducation à la prise des anticoagulants et à la prophylaxie infectieuse est nécessaire.

Patients insuffisants cardiaques : Un programme spécifique est nécessaire pour ces patients (connaissance de la pathologie et des signes de décompensation, les traitements, l'alimentation pauvre en sel, l'entraînement physique) ; ceci est bien détaillé dans le document de la SFC [9].

Patients à haut risque cardiovasculaire :

Ces patients peuvent bénéficier d'une ETP centrée sur les facteurs de risque cardiovasculaire et les moyens de prévention (mode de vie, traitements, surveillance).

Le contenu d'un programme d'ETP du patient coronarien

Prenons l'exemple d'un programme destiné au patient coronarien admis en RCV dans notre service et décrivons-le en suivant le plan de l'HAS.

1. Élaborer un diagnostic éducatif

Il s'agit d'un entretien structuré qui est proposé au patient à son arrivée, mené par une infirmière en se basant sur une trame (**tableau II**). Il sert à identifier ses besoins, ses attentes, sa réceptivité. D'une durée de 30 à 45 minutes, il aboutit à élaborer un "contrat éducatif". Une auto-évaluation est faite par le patient en début d'entretien (**tableau III**), ce qui aide à engager le dialogue.

Objectifs du diagnostic éducatif	
<ul style="list-style-type: none"> • Entretien avec discussion ouverte. • Solliciter le point de vue du patient sur ce que l'on comprend (reformulations). • Avoir la volonté de compréhension mutuelle (éviter tout quiproquo). • Présentation du programme d'éducation. • Négociation d'un contrat éducatif. • Obtenir le consentement éclairé du patient (document écrit d'après la législation en vigueur). 	
Thèmes	Données
Ce qu'il (elle) a	• Repérer les problèmes de santé (handicaps, comorbidités, etc.).
Ce qu'il (elle) fait	• Activité professionnelle (contraintes). • Activités sociales (contraintes, bénéfiques). • Vie familiale (entourage, solitude, conditions matérielles, etc.).
Ce qu'il (elle) sait	• Comment se représente-t-il sa maladie ? • L'attribue-t-il à une cause particulière ? • Que pense-t-il de son traitement ? • Comment voit-il l'avenir ?
Ce qu'il (elle) est	• Attitude (déli, révolte, marchandage, dépression, acceptation, résignation). • Profil (passif, résigné, actif, dynamique).
Projet	• Quel est son projet ?

TABLEAU II.

LE DOSSIER

Réadaptation : nouvelles recommandations SFC

Auto-évaluation

Grille comparative début et fin de programme remplie par le patient en début d'entretien.

Je connais mon traitement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je connais les aliments bénéfiques pour ma santé

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je connais les activités physiques que je peux faire

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je me sens capable d'effectuer les changements nécessaires

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je suis motivé(e) pour effectuer ces changements

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

TABLEAU III.

2. Définir un programme personnalisé

L'infirmière présente les modalités du programme et propose au patient de participer aux séances qui le concernent. Celui-ci définit avec l'infirmière son intention d'adhérer aux différentes séances ; ceci est consigné sur un document (dossier éducatif). La diététicienne rencontre alors le patient s'il le désire, analyse avec lui ses habitudes alimentaires et négocie des objectifs personnalisés. Le kinésithérapeute fait de même sur le plan des habitudes d'activité physique et formule également des objectifs initiaux. Une synthèse est faite avec l'équipe lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

3. Planifier les séances collectives/individuelles

Le patient est convié à participer aux séances collectives qui ont lieu lors de la 2^e semaine. Il s'agit de séances en groupes de 3 à 10 patients, d'une durée de 30 à 60 minutes. Ces séances sont complétées par des entretiens individuels, formalisés ou non, tout le long de son séjour, lors des activités d'entraînement (cycloergomètre, marches, gymnastique), lors des prises de médicaments, lors des repas par exemple.

>>> **La séance du lundi**, animée par le cardiologue, est consacrée à la maladie coronaire : les patients témoignent de leur histoire clinique, leurs symptômes éventuels, visualisent sur une maquette l'athérome et la thrombose, parlent de leurs facteurs de risque et la séance conclut sur la conduite à tenir en cas de douleur thoracique (appel au 15).

>>> **La séance du mardi**, animée par la diététicienne, consiste à élaborer un menu sur une journée, en analysant à l'aide d'un jeu de cartes alimentaires les principes du régime méditerranéen et les différentes façons d'y adhérer en tenant compte des habitudes alimentaires des patients. La confrontation des différents points de vue permet d'enrichir la séance et de pointer du doigt les objectifs importants.

>>> **La séance du mercredi**, animée par la kinésithérapeute (ou l'éducatrice en activités physiques adaptées), est consacrée à l'activité physique, ses bénéfices et ses dangers, à partir des activités recensées par les patients, aborde les principes d'une séance d'entraînement, les repères d'intensité (souffle, pouls) et l'élaboration d'un agenda d'une semaine type.

>>> **La séance du jeudi**, animée par un médecin, aborde le traitement médical, analyse les ordonnances des patients et apporte les connaissances de base sur les effets positifs et secondaires des différentes familles médicamenteuses.

>>> **Les autres séances** sont consacrées à la pratique de la prise du pouls, à l'alimentation contrôlée en sel, à un atelier de cuisine pratique, à la visite encadrée d'un supermarché pour l'analyse des étiquettes alimentaires. L'aide au sevrage du tabac est organisée en individuel auprès de la tabacologue du service, en dehors du programme d'ETP.

4. Évaluer les compétences acquises, le déroulement du programme

Une évaluation des compétences est effectuée la 3^e semaine, centrée sur les objectifs définis comme prioritaires :

- attitude en cas de douleur thoracique,
- connaissance du traitement (essentiellement bêtabloquants et antiagrégants),
- choisir un menu journalier de type "méditerranéen",
- élaborer un entraînement physique efficace et sans danger.

Cette évaluation est faite lors d'entretiens (infirmière, diététicienne, kinésithérapeute), la pratique de l'entraînement étant validée par une séance test pour vérifier si le patient connaît et respecte en pratique les consignes de sécurité. Le **tableau IV** montre un exemple de document d'évaluation (pathologie et traitement) de notre programme.

Une synthèse est finalisée lors d'une deuxième RCP et les objectifs personnalisés remis au patient en fin de programme. Ceux-ci ayant été "travaillés" tout au long du programme sont bien acceptés par le patient, ce qui est le préalable au succès à moyen terme de cette approche thérapeutique [6].

L'évaluation du programme nécessite une auto-analyse annuelle afin d'ajuster les

Compétences du patient coronarien : pathologie et traitement	
Connaît la douleur d'angor	Décrit la douleur et les signes de gravité : <ul style="list-style-type: none"> • douleur (serrement) de poitrine (irradiations) par crise ; • gravité : au repos, sueurs, malaise, TNT-résistance.
Pratique TNT	Décrit la prise de TNT : <ul style="list-style-type: none"> • connaît le médicament ; • décrit (noter heure, position assise, 1 B en sublingual) ; • interprète (renouvelle après 5', appel le 15 si persiste).
Connaît l'appel au 15	Décrit l'appel au 15 : <ul style="list-style-type: none"> • indication (angor résistant à TNT) ; • décrire la douleur de poitrine et l'effet de la TNT ; • signaler sa maladie et son traitement ; • ne pas raccrocher (avant de donner l'adresse).
Connaît son bêtabloquant	Effets et CAT si oublié : <ul style="list-style-type: none"> • médicament qui ralentit le rythme cardiaque ; • reconnaît le nom sur ordonnance ; • cite les risques (bradycardie, asthénie, malaise) ; • sait ne pas l'arrêter (danger = angor) ; • sait ne pas doubler la dose si oublié.
Connaît les antiagrégants	Effets et CAT si oublié : <ul style="list-style-type: none"> • médicaments qui empêchent la formation de caillots ; • reconnaît le(s) nom(s) sur ordonnance ; • 1 médicament à vie (ou 2 temporairement puis 1) ; • connaît le risque de saignements ; • sait ne jamais arrêter (danger surtout si stent) ; • sait ne pas doubler la dose si oublié.
Chaque item est coté de la façon suivante : (1) si réponses justes (0,5) si corrections effectuées justes (0) si corrections effectuées fausses	

TABLEAU IV.

différentes parties du programme qui se révèlent plus faibles, qui prend en compte le degré de satisfaction des patients régulièrement mesuré (questionnaires de satisfaction). Cette évaluation conditionne au bout de 4 ans le renouvellement de l'autorisation par l'ARS.

L'ETP centrée sur le patient et intégrée aux soins

Il est recommandé que l'approche éducative soit intégrée aux soins, ce qui nécessite d'éviter une coupure trop nette entre l'équipe soignante et l'équipe éducative. Il paraît important que les différents membres de l'équipe soient formés à l'ETP et de faire en sorte que l'organisation favorise les liens entre les différentes phases de l'éducation et

des soins. Ceci est réalisable en structure de réadaptation cardiaque, que ce soit en hospitalier ou en ambulatoire, et il importe d'actualiser les formations des nouveaux arrivants au fur et à mesure pour éviter des cassures dans la prise en charge du patient. Tous les membres de l'équipe doivent connaître les différentes phases du programme d'ETP afin de répondre de façon adéquate et homogène aux questions que les patients ne manquent pas de leur poser. L'alternance de séances individuelles et collectives permet de pallier aux limites de chaque approche.

1. Séances individuelles

À chaque rencontre avec le patient en RCV, le côté éducatif n'est pas loin (ETP intégrée aux soins). En effet, le

patient sensibilisé par les séances structurées va être sollicité à interroger différents soignants sur la même problématique pour se faire une idée personnelle. Cela rend nécessaire une forte cohésion de l'équipe dont les contradictions sont vite dévoilées dans une structure de soins où les patients se retrouvent fréquemment en groupe. La prise en charge individuelle reste complémentaire et indispensable pour aborder des thèmes spécifiques à la personne ou pour renforcer un message. L'alimentation peut ainsi être analysée par une diététicienne en consultation individuelle, lors d'une séance collective, lors d'un atelier pratique, lors d'une sortie éducative sur le terrain (supermarché), lors de la prise de repas (choix effectué par le patient et analysé avec lui par la suite). Le traitement par anticoagulants peut bénéficier d'une éducation en groupe et de rappels individuels lors des modifications du traitement en aidant au remplissage du carnet.

2. Séances collectives

Les séances en groupes sont primordiales : elles apportent une dynamique alimentée par les différentes interventions des patients entre eux, ce qui permet de mettre en évidence leurs préoccupations premières et de réfléchir aux moyens d'y apporter remède. Les difficultés sont liées à l'animation d'un groupe, la gêne ressentie par certains patients à l'évocation de leur histoire ou de celles des autres, et parfois un sentiment de panique qu'il faut rapidement repérer et soulager. Ces limites doivent être connues et maîtrisées, mais elles ne masquent pas les bénéfices engendrés par les dialogues entre les patients qui ont été démontrés plus efficaces que les séances de type conférences. Les patients se retrouvent par la suite lors des activités ou des repas, ce qui permet de prolonger leur réflexion sur les thèmes abordés.

LE DOSSIER

Réadaptation : nouvelles recommandations SFC

Perspectives

L'ETP est maintenant tout à fait intégrée dans les services de soins de suites et réadaptation cardiovasculaires (SSR spécialisés) et est amenée à se développer dans le domaine de la cardiologie en général. Le défi actuel est de fédérer les expériences des différentes équipes et d'harmoniser les programmes tout en préservant les spécificités de chacun (suivant le type de population, les particularités régionales). Il est également nécessaire de fluidifier la prise en charge du patient sur le plan éducatif des urgences à la cardiologie aiguë, puis en réadaptation et en ville. Ceci a fait l'objet d'un ouvrage collectif [14] paru en 2012, parrainé par la SFC et la FFC auquel le lecteur intéressé pourra se référer.

Bibliographie

1. CHOW CK, JOLLY S, RAO-MELACINI P *et al.* Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation*, 2010;121:750-758.
2. HERAN BS, CHEN JHM, EBRAHIM S *et al.* Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011;7:CD001800.
3. PETERSON JC, CHARLSON ME, HOFFMAN Z *et al.* Randomized controlled trial of positive affect induction to promote physical activity after percutaneous coronary intervention. *Arch Intern Med*, 2012, doi:10.1001/archinternmed.2011.1311
4. GRIFFO R, AMBROSETTI M, TRAMARIN R *et al.* Effective secondary prevention through cardiac rehabilitation after coronary revascularization and predictors of poor adherence to lifestyle modification and medication. Results of the ICAROS Survey. *Int J Cardiol*, 2012, doi:10.1016/j.ijcard.2012.04.069
5. BAUDET M, HÉRICOTTE P, DAUGAREIL C. Amélioration du pronostic des syndromes coronaires aigus dans les Landes par la modification de l'hygiène de vie. *Ann Cardiol Angeiol*, 2006;55:192-198.
6. PAVY B, TISSEAU A, CAILLON M. Le patient coronarien six mois après la réadaptation cardiaque : recherche sur l'évaluation de la réadaptation (étude RER). *Ann Cardiol Angeiol*, 2011;60:252-258.
7. MERLIÈRE J, COUVREUX C, SMADJA L *et al.* Caractéristiques et trajet de soins des insuffisants cardiaques du régime général. CNAMTS 2012 http://www.ameli.fr/file-admin/user_upload/documents/points_repere_n_38.pdf
8. DAVIES EJ, MOXHAM T, REES K *et al.* Exercise training for systolic heart failure: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Eur J Heart Fail*, 2010;12:706-715.
9. JOURDAIN P, JULLIÈRE Y. Therapeutic education in patients with chronic heart failure: Proposal for a multiprofessional structured programme, by a French Task Force under the auspices of the French Society of Cardiology. *Arch Cardiovasc Dis*, 2011;104:189-201.
10. Décret n°2010-904 du 02 08 10 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique des patients.
11. HAS-INPES. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique 2007. Saint-Denis: Haute Autorité de Santé, 109 p.
12. HAS. Auto-évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient. Guide pour les coordinateurs et les équipes. Mars 2012: <http://www.has-sante.fr>
13. PAVY B, ILIOU MC, VERGÈS-PATOIS B *et al.* Exercise, Rehabilitation Sport Group (GERS). French Society of Cardiology guidelines for cardiac rehabilitation in adults. *Arch Cardiovasc Dis*, 2012;105:309-328.
14. PAVY B. L'éducation thérapeutique du patient cardiaque (ouvrage collégial). Frison Roche Éd., Paris, 2012; 244 p.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.