LE DOSSIER
Insuffisance cardiaque du sujet âgé

Education thérapeutique du patient âgé insuffisant cardiaque : lubie ou nécessité ?

RÉSUMÉ : L'éducation thérapeutique (ETP) est un élément clef dans notre prise en charge de l'insuffisance cardiaque (IC). C'est une activité de soins associée à un effet thérapeutique indéniable, avec un impact sur la morbidité, voire la mortalité pour certains programmes.
Le patient âgé est exposé à un surrisque d'hospitalisation et de décès et devrait donc être la cible privilégiée de tels programmes d'éducation thérapeutique. En réalité, il n'est est rien et les patients âgés sont bien souvent les oubliés de notre prise en charge. Pourtant, une adaptation de nos programmes d'ETP est souvent assez facile... A nous d'y penser systématiquement lors de leur création ou de leur mise en œuvre.

→ **P. JOURDAIN, F. FUNCK, C. SAMAIN, M. LILAMAND**
Service de cardiologie,
Unité Thérapeutique d'Insuffisance Cardiaque (UTIC) et Ecole du cœur,
Centre Hospitalier René Dubos,
PONTOISE.

L'IC est une pathologie très fréquente [1-3] en France, comme dans tous les pays développés. C'est une maladie qui touche particulièrement le sujet âgé et, en France, l'âge moyen des patients hospitalisés pour cette pathologie est de 78 ans. Elle touche jusqu'à 10 % des patients de plus de 80 ans et est souvent sous-diagnostiquée à son stade initial, en particulier chez les patients de plus de 75 ans, car les signes usuels (dyspnée d'effort notamment) sont souvent mis, à tort d'ailleurs, sur le compte de comorbidités.

C'est une maladie qui progresse année après année et qui touche actuellement en France entre 1 à 2 % de la population générale. Ses autres caractéristiques sont, d'une part, un très fort taux d'hospitalisation (un patient sur deux est réhospitalisé dans l'année suivant le diagnostic pour une nouvelle poussée) et, d'autre part, un coût induit très élevé principalement du fait des hospitalisations qui représentent, en France comme aux Etats-Unis, plus de 60 % des coûts. Chez le patient âgé, ces hospitalisations sont particulièrement fréquentes, longues et coûteuses.

Le pronostic de l'IC – que l'on occulte souvent, le patient étant stable entre deux poussées – est et reste très sombre [4] malgré les progrès thérapeutiques des deux dernières décennies. En effet, la survie à 5 ans est de l'ordre de 30 %, ce qui est inférieur à la survie moyenne des cancers, cancer du poumon excepté. A ce titre, la baisse de la mortalité cardiovasculaire observée ces dernières années est très majoritairement liée à l'amélioration de prise en charge des pathologies ischémiques coronaires aiguës.

L'IC présente de nombreuses particularités par rapport aux autres pathologies cardiovasculaires. La polypathologie y est la règle avec un fort taux d'affections associées comme les insuffisances respiratoires, les insuffisances rénales, le diabète et les troubles neuropsychiques rendant la prise en charge du patient souvent ardue.

réalités CARDIOLOGIQUES

Octobre 2011

Version Premium

www.realites-cardiologiques.com

Une version premium du site vous est réservée avec un contenu spécifique, très riche.

Inscrivez-vous et surfez en toute liberté en découvrant toutes les fonctionnalités du site.

Inscription gratuite

Revue de Presse

La Revue de Presse

Nous publions sur le site très régulièrement des analyses d'articles de la presse cardiologique internationale.

L'inscription à la Revue de Presse est gratuite et réservée aux membres premium.

Les flux

Abonnez-vous directement aux flux d'informations et vous serez régulièrement avertis de la publication sur le site des articles dans les sous-spécialités qui vous intéressent particulièrement.

Abonnez-vous gratuitement aux flux sur www.realites-cardiologiques.com

Les cours de Réalités Cardiologiques

Dans la rubrique Formation, le site vous propose différents cours :

- **Cours d'Echocardiographie**

Quatre cours sont actuellement en ligne :
– Evaluation des pressions de remplissage ventriculaire gauche.
– Evaluation de la morphologie et de la fonction systolique du ventricule gauche.
– Evaluation d'une insuffisance aortique.
– Evaluation d'un insuffisance mitrale.

Cette rubrique est coordonné par Catherine Meuleman et Ariel Cohen, Service de Cardiologie de l'hôpital Saint-Antoine à Paris.

Conçus de manière très pédagogique, ces cours proposent une formation théorique et pratique avec de nombreux cas cliniques.

- **Cours d'ECG de l'enfant**

L'ECG de l'enfant présente des particularités qui rendent son interprétation difficile. Dans ce cours, A. Maltret (hôpital Necker, Paris) a sélectionné des tracés illustrant les principaux diagnostics et pièges à connaître en ECG pédiatrique

L'accès aux Cours de Réalités Cardiologiques nécessite une inscription Premium, totalement gratuite

La webothèque de Réalités Cardiologiques

La webothèque de Réalités Cardiologiques se construit progressivement. Vous pourrez y retrouver des films expliquant les principales techniques de Cardiologie.

Trois films sont actuellement en ligne :

– L'implantation percutanée transfémorale d'une bioprothèse aortique, film réalisé dans le Service de Cardiologie du Pr Hélène Eltchaninoff de l'hôpital Charles Nicolle à Rouen.
– Techniques ablatives dans la FA, film réalisé dans le service de Cardiologie de l'hôpital Laribosière à Paris, sous la direction de F. Extramiana.
– Bilan scanner avant et après TAVI, film réalisé dans le service de Radiologie de l'hôpital Charles Nicolle à Rouen, sous la direction de J.N. Dacher.

Prochainement à l'affiche :

Procédure Mitraclip et Dénervation rénale

Retrouvez ces films sur www.realites-cardiologiques.com
Rubrique Formation/La webotheque de Réalités Cardiologiques

L'accès à la Webothèque de Réalités Cardiologiques nécessite une inscription Premium, totalement gratuite.

Passerelles

Dans cette rubrique, nous vous proposons un choix d'articles dans d'autres spécialités :

Rhumatologie, Dermatologie, Pédiatrie, Gynécologie, Nutrition et diabétologie.

pour un regard plus large sur la médecine d'aujourd'hui.

www.realites-cardiologiques.com

+ riche

+ interactif

+ proche de vous

LE DOSSIER
Insuffisance cardiaque du sujet âgé

Le fort taux d'hospitalisation est certes lié à la sévérité de la maladie, mais également à un taux élevé d'arrêt, du traitement, du suivi ou du régime peu salé. Cette non compliance est souvent associée à une fragilité sous-jacente (sociale, émotionnelle, psychique…) du patient, le patient âgé est donc particulièrement concerné et devrait constituer une cible privilégiée de l'éducation thérapeutique. Pour autant, dans la vraie vie, le patient âgé est toujours celui qui, avec la femme, bénéficie le moins des avancées thérapeutiques, de l'accès à l'ETP ou à une surveillance de qualité comme le montrent des études dans les pathologies cardiovasculaires en général et dans l'insuffisance cardiaque. Ces éléments ont fait assez tôt de l'insuffisance cardiaque une cible prioritaire de l'éducation thérapeutique en cardiologie, d'autant que l'on estime à plus de 30 % le taux d'hospitalisations évitables par un bon suivi éducationnel, ce qui représenterait 300 000 hospitalisations par an aux Etats-Unis

L'ETP de l'insuffisant cardiaque répond à plusieurs critères importants tant sur le plan du fond éducatif que sur celui des messages clefs qui sont nombreux et qui devront être amenés et négociés progressivement avec le patient. On peut résumer la démarche éducative en plusieurs étapes sur lesquelles nous ne reviendrons pas pour nous focaliser sur les messages clés à discuter avec les patients afin de débuter, relayer et/ou poursuivre leur prise en charge éducative. Il n'en reste pas moins que la complexité des termes utilisés dans les recommandations sur l'ETP ne doit pas faire oublier que sa finalité est de pouvoir être réalisée en pratique courante et qu'il faut donc savoir lire au-delà des mots.

Les compétences que le patient doit acquérir sont nombreuses, mais elles sont plus du domaine de la réaction face à une situation donnée (que faire face à des œdèmes ? Que peut-on manger ?…) que du domaine d'une compétence technique (comme l'injection d'insuline ou la mesure de la glycémie chez les diabétiques).

Il n'existe pas de méthode éducative universelle

L'important est d'avoir un panel de propositions éducatives en fonction de ses possibilités, de celles du patient et du temps disponible. Il est préférable de procéder par "microavancées" plutôt que de ne pas faire d'ETP sous prétexte d'impossibilité matérielle, car cela reviendrait à priver nos patients d'une vraie possibilité thérapeutique. Mais, plus que l'acquisition de connaissance, ce sont les capacités de réaction du patient qui sont primordiales.

Tout contact d'un professionnel de la chaîne de soin avec le patient, et en particulier de son médecin généraliste qui est le thérapeute référent, doit être l'occasion de pratiquer, d'évaluer et de suivre une action éducative. Parmi les apprentissages à négocier avec le patient, il faudra insister, en fonction du diagnostic éducatif initial, sur différents éléments rappelés dans le référentiel sur l'éducation thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque. Il n'est cependant pas envisageable de former le patient d'un seul coup à toutes ces notions et réactions adaptées en une seule consultation ; il faudra donc prioriser en fonction du patient, de ses besoins et des possibilités du médecin en termes de temps.

L'efficience de l'ETP dans l'insuffisance cardiaque est actuellement très largement documentée par plusieurs dizaines de publications [6-9]. Cette validation est certes basée sur des programmes très divers (réalisés sur des différentes populations étudiées) et elle apparaît effective dans de très nombreuses typologies de patients (patient jeune, patient âgé, insuffisance cardiaque systolique, insuffisance cardiaque à fonction systolique préservée) et de mode d'éducation (de ville, en réseau, mixte, hospitalière). L'ensemble de ces études, comme les méta-analyses publiées, permettent d'identifier le bénéfice de l'éducation thérapeutique sur les réhospitalisations (environ 30/35 % de réduction), les coûts et probablement la mortalité [7-9]. La plupart de ces travaux mettent en

avant l'intérêt, pour le patient comme pour le système de santé, d'une ETP de qualité intégrée à une prise en charge basée sur l'optimisation du traitement [9]. Il est intéressant de noter que cet impact est comparable à nombre de traitements utilisés en thérapeutique cardiovasculaire alors même que les effets secondaires de l'ETP sont très limités…

Peut-on réellement former un patient âgé ?

L'ETP est d'autant plus importante chez l'insuffisant cardiaque âgé qu'il s'agit d'un patient à très haut risque d'hospitalisation, ayant souvent de grandes difficultés à retrouver des informations (internet, livres) soit parce qu'il est isolé, soit parce qu'il présente des handicaps (visuels, auditifs, cognitifs). La fréquence des dépressions masquées amplifie volontiers le phénomène.

L'âge civil est ici très trompeur. En pratique, chez un patient âgé sans limitations fonctionnelles, totalement autonome, il n'y a pas besoin d'adapter les programmes d'ETP. A l'inverse, chez le patient très âgé ou présentant des comorbidités, et surtout des troubles de l'attention, il est primordial de pouvoir utiliser un plan d'ETP alternatif spécifiquement adapté. La plupart du temps, les patients très âgés ou ceux présentant des handicaps fonctionnels sont exclus des programmes d'ETP, alors que ce sont ceux qui en ont le plus besoin. La loi HPST et les orientations des agences sont claires sur le fait que nous ne devons pas laisser des patients sur le bord du chemin. S'ils ne peuvent suivre le programme général d'ETP, il est de notre devoir de leur proposer un "plan B" qui peut être individuel, collectif, fractionné ou non, mais qui doit exister et être mis en œuvre. Il est essentiel d'évaluer non seulement l'état médical, mais aussi l'état social, familial, humain de ces malades qui peuvent représenter des facteurs limitants ou favorisants majeurs.

Un programme adapté au patient âgé

Il répond à des objectifs précis :

>>> Un programme adapté en termes de temps avec le recours à des formations fractionnées car la vigilance diminue assez vite en pratique. L'important dans le programme d'ETP c'est qu'il soit complètement suivi, même en décalé des autres patients.

>>> Un programme adapté aux possibilités et handicaps du patient. En particulier, l'utilisation de documents écrits gros (proscrire la police 12…), aérés ; se placer dans des conditions optimales (éviter le brouhaha peu propice au fonctionnement des prothèses auditives), adapter le programme au handicap visuel éventuel.

>>> Un programme aux méthodes éducatives adaptées : éviter de placer les patients dans le noir et se placer face aux patients âgés (qui lisent souvent un peu sur les lèvres) ; les rassurer, les impliquer (témoignages), les surstimuler.

>>> Un programme non simpliste : patient âgé ne veut pas dire patient limité, il faut donc éviter le recours systématique aux dessins et idéogrammes qui peuvent être mal perçus par un patient âgé autonome et renforcent l'impression de dépendance vis-à-vis de l'entourage.

>>> Un programme "pas à pas" intégrant encore plus l'ensemble de la chaîne de soin dans l'ETP (évaluation et renforcement des objectifs), mais aussi dans la prise en charge globale (infirmière à domicile pour médicaments, tension, appel régulier du pharmacien, du biologiste, etc.). Cela ne peut passer que par une meilleure communication interprofessionnelle, à défaut d'un dossier personnel performant.

>>> Un programme laissant une place aux aidants familiaux et non familiaux en leur proposant, le cas échant, de participer à la formation avec le patient. Dans notre centre, le patient doit d'abord assister à la formation s'il le peut, puis il a la possibilité d'inviter ses aidants à une autre session de formation en sa présence pour l'impliquer encore plus activement. En pratique, seuls 25 % des patients font ensuite venir leur entourage, car ils se sentent beaucoup plus concernés depuis la formation.

Quels éléments sont nécessaires pour "faire" de l'ETP chez le patient âgé ?

L'ETP du patient âgé répond aux mêmes exigences que celles du patient plus jeune. Le référentiel (***tableau I***) publié sous l'égide de la Société française de cardiologie, du Collège national des hôpitaux et de plus d'une dizaine de sociétés savantes concernant spécifiquement l'insuffisance cardiaque permet de compléter le référentiel publié sous l'égide de la Haute autorité de santé en 2007. Celui-ci reprend les messages et les éléments clefs d'un programme d'éducation thérapeutique.

En pratique :

>>> Pour faire bénéficier ses patients d'une éducation thérapeutique, il faut que ceux-ci soient intégrés dans un programme bénéficiant d'une accréditation d'une des Agences régionales de santé (ARS) qui doit se prononcer sur dossier pour une accréditation de 4 ans reconductible. Les éléments constitutifs du dossier peuvent être retrouvés dans le journal officiel du 2 aout 2010. Ce dossier est identique pour toutes les ARS, l'acceptation par une ARS valant acceptation par les autres ARS pour les programmes transrégionaux par exemple. De plus en plus, les accréditations nécessiteront la coexistence de programmes de formations adaptés aux populations "fragiles" (humainement, socialement…).

LE DOSSIER
Insuffisance cardiaque du sujet âgé

Compétences	Connaissances	Gestes	Attitudes
Connaissance de l'IC	• Nommer sa maladie • Décrire les signes cliniques • En citer la ou les causes • Décrire le fonctionnement du cœur sain et malade	• Se peser régulièrement et noter son poids • Surveiller les œdèmes • Reconnaitre une dyspnée • Evaluer sa fatigue	• Savoir appeler les personnes référentes en cas d'aggravation
Diététique	• Repérer les aliments contenant du sel • Citer la quantité de sel conseillée sur une journée • Citer les équivalences de base en sel	• Faire la cuisine sans rajouter de sel • Calculer ses apports quotidiens • Choisir les aliments a privilégier • Utiliser les aromates • Accommoder les modes de cuisson	• Adapter la quantité de sel sur une journée • Moduler la posologie de diurétique en accord avec le médecin
Activités physiques et de loisir	• Citer les efforts déconseillés • Citer les situations à risque • Repérer ses limites	• S'aménager des temps de repos relaxation • Pratiquer une activité physique au moins 3 fois par semaine	• Adapter des loisirs ou activité • Organiser les voyages et déplacements
Médicaments	• Citer ses médicaments • Préciser la posologie et les moments de prise • Décrire les effets secondaires	• Prendre son traitement régulièrement • Prévoir les modalités de prise	• Prévoir les renouvellements de traitement et les suivis de pacemaker défibrillateur • Faire face aux oublis ou éventuels effets secondaires • Adapter la posologie des diurétiques.

TABLEAU I : Proposition de référentiel d'éducation thérapeutique [9].

>>> Une offre en lien avec l'éducation thérapeutique et donc un programme portant sur une maladie chronique (ce qu'est l'insuffisance cardiaque) et non pas sur le simple suivi de la prise médicamenteuse (c'est juste de l'observance, ce qui n'est pas la même chose) ou d'une thérapeutique donnée (cela relève de l'apprentissage au sens de la loi HPST ce qui pose bien des soucis pour l'enregistrement des programmes sur les AVK… qu'il faut intituler ETP des patients porteurs de valves, arythmies, etc.).

>>> Un programme conforme aux référentiels existants [13-14] et comprenant donc un diagnostic éducatif initial, des séances individuelles ou collectives ; un dispositif d'évaluation du processus éducatif (nombre de patients venus, modalité de déroulement du programme), de l'impact sur le patient (satisfaction, connaissances, compétences) et éventuellement de l'impact en termes de Santé publique (réhospitalisation, mortalité) et un protocole de suivi et d'adaptation du programme si nécessaire.

>>> Il peut être nécessaire de suivre des facteurs plus spécifiques à la population âgée (échelles de qualité de vie spécifiques, etc.) mais en pratique, chaque coordinateur est libre de choisir les critères lui semblant les plus pertinents. La difficulté est de ne pas multiplier les indicateurs chez les patients âgés sous peine de ne pas atteindre une exhaustivité satisfaisante.

La coordination et le suivi

Au-delà de l'ETP en médecine de premier recours, la coordination de l'ensemble de l'action éducative et surtout l'intégration de celle-ci à l'activité de soin est un élément clef. Le médecin généraliste ou le gériatre ont souvent une vision d'ensemble du patient et sont donc d'une grande aide pour pouvoir déterminer les priorités éducatives. Même s'il leur est souvent difficile d'initier cette démarche multiprofessionnelle qui ne peut être disjointe du soin (car cette éducation est thérapeutique), il est important qu'ils y soient alors étroitement associés. Il est effectivement indispensable que tous les professionnels de la chaîne de soins soient inclus, en fonction de leurs atouts et des possibilités dans les programmes d'éducation thérapeutique. Ils doivent être informés de l'existence de l'offre éducationnelle de leur région et, avec l'accord du patient, comme rappelé dans les textes de loi du 2/08/2010, être tenus au courant du projet éducatif proposé. A leur tour, ils doivent tenir informée l'équipe éducative de l'évolution du patient, de l'atteinte (ou non) des objectifs précédemment fixés et des nouvelles cibles mises en place en commun avec le patient.

Conclusion

Les patients insuffisants cardiaques âgés doivent pouvoir bénéficier d'un accès aussi large que les plus jeunes à l'éducation thérapeutique. En effet, dans cette population, le taux d'événements est très important et le bénéfice de l'ETP clairement démontré.

		Oui	Non
1	Mon programme est-il proposé aux patients âgés comme aux plus jeunes ?		
2	L'âge est-il à lui seul un critère limitant d'accès au programme ?		
3	Ce programme est-il adaptable en cas de handicap visuel ou auditif ?		
4	Le programme est-il adaptable si le patient n'a pas la capacité physique de le suivre dans son intégralité ?		
5	Le patient est-il individuellement sollicité dans le programme ?		
6	Les aidants du patient sont-ils intégrés dans la formation ?		
7	Les correspondants sont-ils informés du programme (avec l'accord du patient) ?		
8	Les critères d'évaluation du programme sont-ils adaptés (ou adaptables aux patients âgés).		
9	Les documents remis au patient sont-ils adaptés au patient âgé ou existe-t-il une version adaptée au patient âgé ?		
10	Un patient âgé extérieur au centre peut-il intégrer le programme ?		

TABLEAU II : Proposition de "check-list" pour les programmes d'insuffisance cardiaque concernant le patient âgé.

L'âge, à lui seul, ne doit pas servir d'excuse à la "non-éducation thérapeutique", compte tenu de l'impact majeur de celle-ci dans cette population spécifique. Cependant, la fréquence des comorbidités et des limitations fonctionnelles nécessite pour chaque programme d'éducation thérapeutique l'existence d'une adaptation ou l'existence d'un programme de formation alternatif pour les patients ne pouvant pas suivre, du fait de leur handicap fonctionnel, la formation habituellement proposée. Il ne faut pas hésiter à solliciter la coopération du gériatre afin de pouvoir au mieux adapter les méthodes éducatives. Nous proposons à votre sagacité (***tableau II***) une *check-list* du coordinateur éducatif permettant de vérifier que nous ne laissons pas nos aînés (nous bientôt) au bord du chemin…

Bibliographie

1. SAUDUBRAY T, SAUDUBRAY C, VIBOUD C Prévalence et prise en charge de l'insuffisance cardiaque en France. *Rev Med Interne,* 2005 ; 26 : 845-850.
2. MC DERMOTT MM. The international pandemic of chronic cardiovascular disease. *JAMA,* 2007 ; 297 : 1253-1255.
3. DELAHAYE F, ROTH O, AUPETIT JF *et al.* Epidemiology and prognosis of cardiac insuffisiency. *Arch Mal Cœur,* 2003 ; 94 : 1393-1403.
4. STEWART S, MACINTYRE K, HOLE DJ *et al.* More malignant than cancer ? Five year Survival following a fist admission for heart failure. *Eur J Heart Fail,* 2001 ; 3 : 315-322.
5. JOURDAIN P, FUNCK F, TESSIER S *et al.* Perception de l'insuffisance cardiaque par le patient. *Arch Mal Cœur,* 2007 ; 100 : 1-7.
6. D'IVERNOIS JF, GAGNAYRE R. Apprendre à éduquer le patient. Maloine Ed, Paris, 2004 (2 nd ed) ; 155 pages.
7. ROCCAFORTE R, DEMERS C, BALDASSADRE F *et al.* Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. *Eur J Heart Fail,* 2005 ; 7 : 1133-1144.
8. GONSETH J, GULLAR P, BANEGAS J. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital réadmissions in older patietns with heart failure. *Europ Heart J,* 2004 ; 25 : 1570-1595.
9. LAPRERIE AL, LE HELIAS L, HERBOUILLER P *et al.* Education et prise en charge multidisciplinaire dans l'insuffisance cardiaque chronique. *Ann Cardiol Angeiol*, 2007 ; 56 : 159-162.
10. JUILLIERE Y, TROCHU JN, JOURDAIN P. Importance de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge multidisciplinaire de l'insuffisance cardiaque. *Ann Cardiol Angeiol,* 2006 ; 55 : 11-16.
11. JUILLIERE Y, JOURDAIN P, RONCALLI J. Education thérapeutique des patients insuffisants cardiaques : le programme I-CARE. *Arch Mal Cœur,* 2005 ; 98 : 300-307.
12. JUILLIERE Y, JOURDAIN P, RONCALLI J for the I-CARE participants. Therapeutic education unit for heart failure : setting-up and difficulties. Initial evaluation of the I-CARE program. *Arch Cardiovasc Dis,* 2009 ; 102 : 19-27.
13. www. Has.org
14. JOURDAIN P, JUILLIERE Y, Steering and Working Group Committee Members of the French Task Force on Therapeutic Education in Heart Failure. 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.

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