

Comment sensibiliser un patient cardiaque pour un séjour en réadaptation cardiovasculaire après un séjour aigu ?

Dr TRITAR Amine
CH CREIL 2014

Journées Nationales du GERS –

Rencontre commune avec l'AFPRC

Salles Saint Nicolas, Compiègne – 11 - 13 septembre 2014

Réadaptation cardiaque (RC)

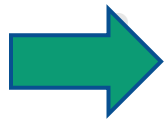
Historique

- Née dans les années 50 au USA (post IDM)
- Début en France dans les années 70, validée vers la fin des années 80 (études de mortalité post IDM)
- Nouvelles indications dans les années 90
- Actuellement intégrée dans la prise en charge cardiovasculaire

Bénéfices

- Réduction du risque de mortalité cardiovasculaire
 - de 20 à 30 % à 1 an chez le coronarien et l'insuffisant cardiaque, selon les études.
- Réduction du risque de ré-hospitalisation
 - de 30 à 40 %.
- Impact positif sur la qualité de vie et la réinsertion sociale et professionnelle.

- La **réadaptation cardiaque** est malheureusement une activité très **sous utilisée**:



*Les statistiques (étude PREVENIR) montrent que **seul 25 %** des patients « éligibles » à un programme de réadaptation cardiovasculaire (RCV) s'y rendent.*

- *Ce pourcentage est stable depuis plusieurs années.*

RÉADAPTATION CARDIAQUE HOSPITALIÈRE APRÈS INFARCTUS DU MYOCARDE EN FRANCE : APPORTS DU PMSI-SSR

// CARDIAC REHABILITATION AFTER ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION (AMI) IN FRANCE ACCORDING TO NATIONAL POST-ACUTE HOSPITALIZATION DATABASE

Christine de Peretti¹ (christine.deperetti@laposte.net), Javier Nicolau¹, Francis Chin¹, Philippe Tuppin², Nicolas Danchin³, Sandrine Danet⁴, Marie-Christine Iliou⁵

¹ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

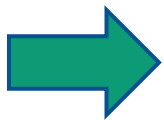
² Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris, France

³ Hôpital européen Georges Pompidou, AP-HP, Paris, France

⁴ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, Paris, France

⁵ Hôpital Coirentin-Celton, AP-HP, Issy-les-Moulineaux, France

Soumis le 13.08.2013 // Date of submission: 08.13.2013



En France, un peu moins du quart des personnes hospitalisées pour IDM en court séjour a eu une prise en charge hospitalière pour réadaptation cardiaque au cours des six mois suivants

Le but de notre travail est de déterminer:

- les **freins** à la réadaptation cardiaque
- les **moyens** qui peuvent potentiellement améliorer la participation et l'adhésion des patients cardiaques à la réadaptation.

Causes de Non participation

- **Pour les patients**
 - Éloignement géographique. *un délai > 45 min semble limitant.*
 - Manque de temps
 - Illusion de pouvoir réaliser leur rééducation seuls.
 - Non proposition de l'activité.
- **Pour les médecins**
 - nombre insuffisant de place surtout en hôpital de jour

« ... les patients ne perçoivent pas la maladie du cœur comme la maladie chronique qu'elle est. Ils croient que leur intervention chirurgicale ou leur nouvelle endoprothèse a résolu leur problème et qu'il n'y a rien de plus à faire. Dans leur esprit, ils sont guéris. »

Andrew Pípe

ICUO

**Les patients cardiaques
sont-ils suffisamment motivés
pour suivre un programme
de réadaptation et/ou d'avoir
une activité physique régulière?**

- Les barrières de la RC peuvent être liées au **patient lui même**, à **l'environnement familial** ou **socio professionnel**, à **l'offre de soins** (organisation et prise en charge de la RC, contexte médical).

- **Femmes +++**

(Moore et al a montré que 50 % des femmes auxquelles la réadaptation a été proposée ont refusé en raison de la peur ou du non goût pour l'exercice physique 3 mois après la fin de la RC, 48 % seulement continuaient à s'entraîner)

Perte de chance

- Ne pas prescrire ou ne pas disposer d'une RC est une réelle perte de chance !!

L'offre de soin

- le manque de places de RC souvent décrié entraîne une **sélection** des patients au profit de personnes jeunes, de sexe masculin, en activité professionnelle.
- De plus, en cas de RC ambulatoire, les transports ne sont **pas** toujours **pris en charge**, et la conduite de voitures personnelles peut être difficile chez nombre de patients âgés

Le temps d'attente a une incidence négative sur le choix de participation des patients :

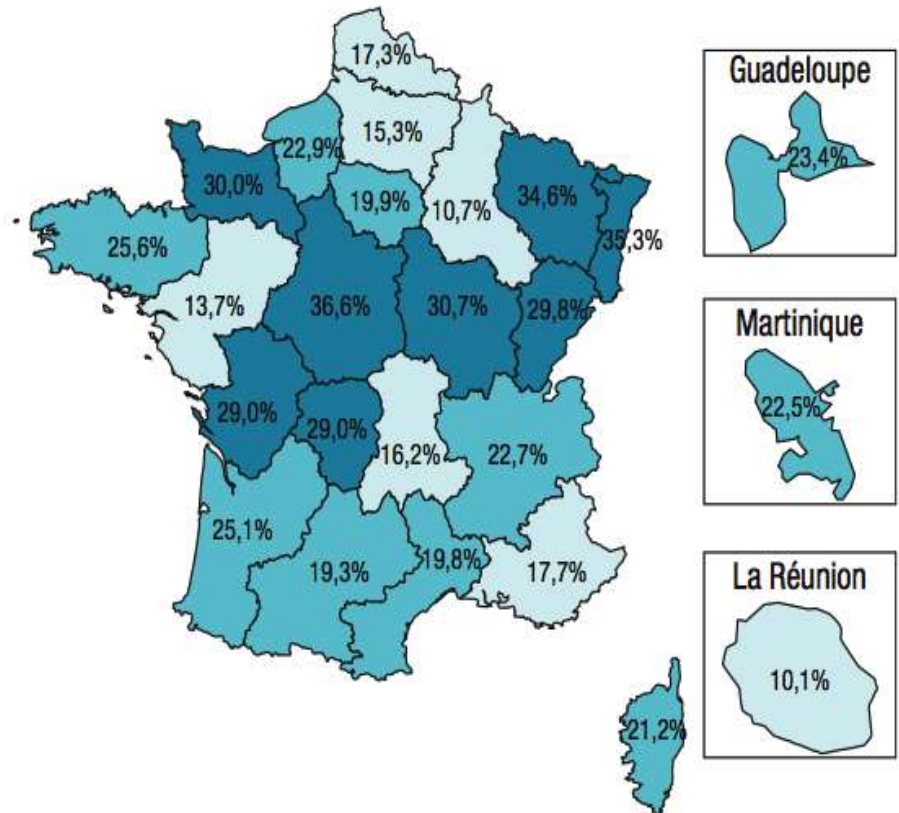
pour chaque journée d'attente de plus, la probabilité que les patients choisissent de participer à un programme de RC baisse de 1 %

(délai limite recommandé de trente jours, Dafoe et coll. en 2006) .

Patients anxieux, inquiets face à leur avenir, et souhaitent qu'on réponde à leur question sans tarder.

Proportions de patients hospitalisés pour réadaptation cardiaque après infarctus du myocarde selon la région de domicile, France, 2011

- Hospitalisation SSR en post IDM
 - 22,7% pour RC
 - 10,0% pour une finalité « autre »
- Diminution avec l'âge
 - 40,6% entre 18 et 45 ans
 - 2,3% pour les 85 ans ou plus
 - plus basse pour les femmes que pour les hommes (taux standardisés sur l'âge)
- Disparités régionales marquées.



- **Implication de la famille:**

l'étude EuroAction (communication ESC Stockholm 2005) qui offrait au partenaire de la personne réadaptée la possibilité de participer aux sessions, et notamment aux ateliers d'éducation thérapeutique : alors que 82 % des conjointes ont accepté, seuls 60 % des partenaires masculins ont accompagné et soutenu leur conjointe.

- **Le cardiologue**

l'avis du cardiologue est déterminant, **seuls 22 %** se sont vu proposer un programme de réadaptation par leur médecin .

Registre Français des centres de réadaptation

- 65 centres de réadaptation
- Registre des évènements CV survenant pendant les séances d'entraînement jusqu'à 1 heure après
- 25420 patients (78% hommes, Moy=61.3 ans)
- PAC=34.3%, valves=18.4%, ATL=21.6%, autres coronariens=13.2%, non coronariens=12.5%
- 42419 épreuves d'effort, 743471 patient-heures d'exercice
- Résultats: **20 évènements** (5 EE, 15 exercice)
- Taux d'évènement: **1 pour 8484 EE** et 1 pour 49565 patient-heures d'exercice
- 1 arrêt cardiaque pour 1.3 millions patient-heures d'exercice
- **Pas de décès ni de défibrillation en urgence**

Registre Français des centres de réadaptation

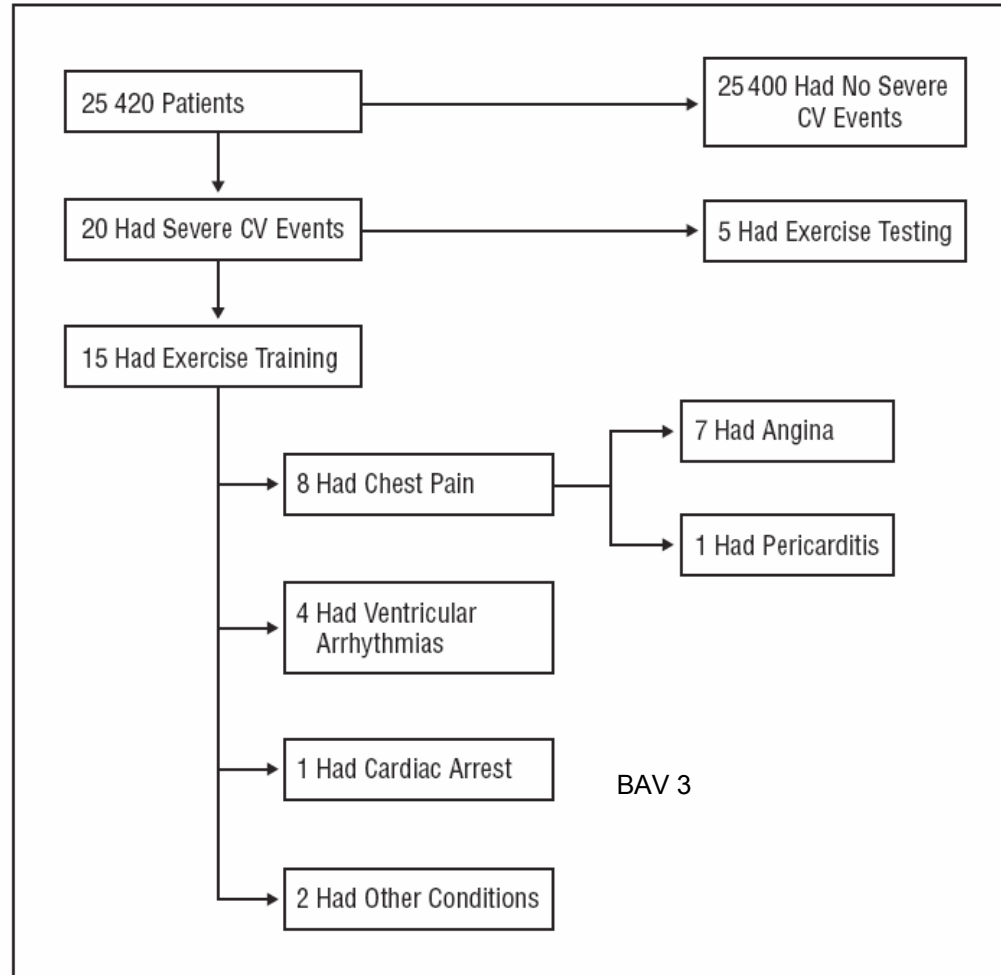


Figure. Overall diagram of events. CV indicates cardiovascular.

Évaluation fonctionnelle

Reconditionnement à l'effort

Prise en charge des facteurs de risque
cardiovasculaire

Education thérapeutique ETP

Objectif psycho-social

Education thérapeutique du patient (ETP)

- Des travaux ont montré qu'une attention aux représentations des patients ainsi qu'à leur perception de la maladie permettait d'améliorer l'adhésion aux programmes de réhabilitation cardiaque.

L'Éducation Thérapeutique

- permettre au patient de développer des compétences nouvelles,
- l'aider à utiliser ses propres ressources comme celles du réseau qui l'entoure (famille, soignants, société).



Le patient acquiert ainsi les moyens de devenir **un partenaire de soin efficace** ce qui permettra au soignant qui l'accompagne d'accomplir, à son tour, son mandat.

Education Thérapeutique

C'est une démarche qui implique une **attention constante à la dimension psychoaffective** :
l'acceptation, le vécu avec une maladie coronarienne, la modification du sentiment d'identité, l'estime de soi ou encore le sentiment d'auto-efficacité sont des composantes essentielles pour une meilleure adhésion au traitement

Objectifs éducatifs de l'ETP

- L'éducation thérapeutique est un soin.
- Gérer les traitements, prévenir les complications évitables, améliorer la qualité de vie
- Rendre le patient partenaire

Programmes éducatifs

- Évaluation des besoins
- Stratégies d'enseignement
- Apprentissage (accompagnement individuel, collectif, gestuel)
- Programme coronarien (facteurs de risque, entretien motivationnel)
- Programme valvulaire (précaution, sécurité)
- Programme insuffisant cardiaque (connaissances, conduites à tenir, ateliers)

LES COMPORTEMENTS DE SANTE

- La connaissance du risque n'est jamais à elle seule suffisante pour entraîner un changement de comportement
- Le soignant doit provoquer une réflexion:
pourquoi faisons nous des choses contraires à notre propre intérêt?
Pourquoi n'arrivons nous pas à changer?
Comment s'effectue le changement de comportement?

LES ETAPES DU CHANGEMENT:

les 5 stades du modèle de Prochaska

NON IMPLICATION

Ça ne me concerne pas

PRE CONTEMPLATION

REFLEXION

CONTEMPLATION

(Je sais, je dois)

ambivalence majeure

« rechute »

(je craque, je renonce)

décision d'un changement

(Je veux, je peux)

MAINTIEN DU CHANGEMENT

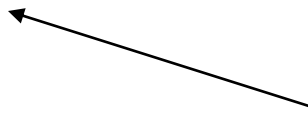
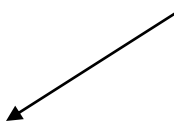
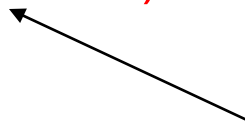
(je poursuis)

Intégration

(je n'y pense même plus)

Action: initiation au changement

(je fais)



EN PRATIQUE

- La décision de l'acte engageant: moteur du changement
- « Coaching » du patient
- Valoriser les attitudes positives
- Ne pas juger

Comment associer activité physique et éducation thérapeutique en réadaptation cardiaque ? « Le parcours d'orientation éducatif »

*How to associate physical activity and therapeutic
education in cardiac readjustment? "The educational
orienteeing trip"*

Centre les Hautois, place de la 4^e-République, 62590 Oignies, France

David Métron
Patrick André
Caroline Grison
Marie Siv

Cette technique associe l'activité physique et éducation thérapeutique en réadaptation cardiaque.

La plupart du temps, la majorité des patients exprime un vécu positif de cette activité, dont ils apprécient le caractère ludique. Ils ne perçoivent pas ce temps qui nous sert d'évaluation comme tel.

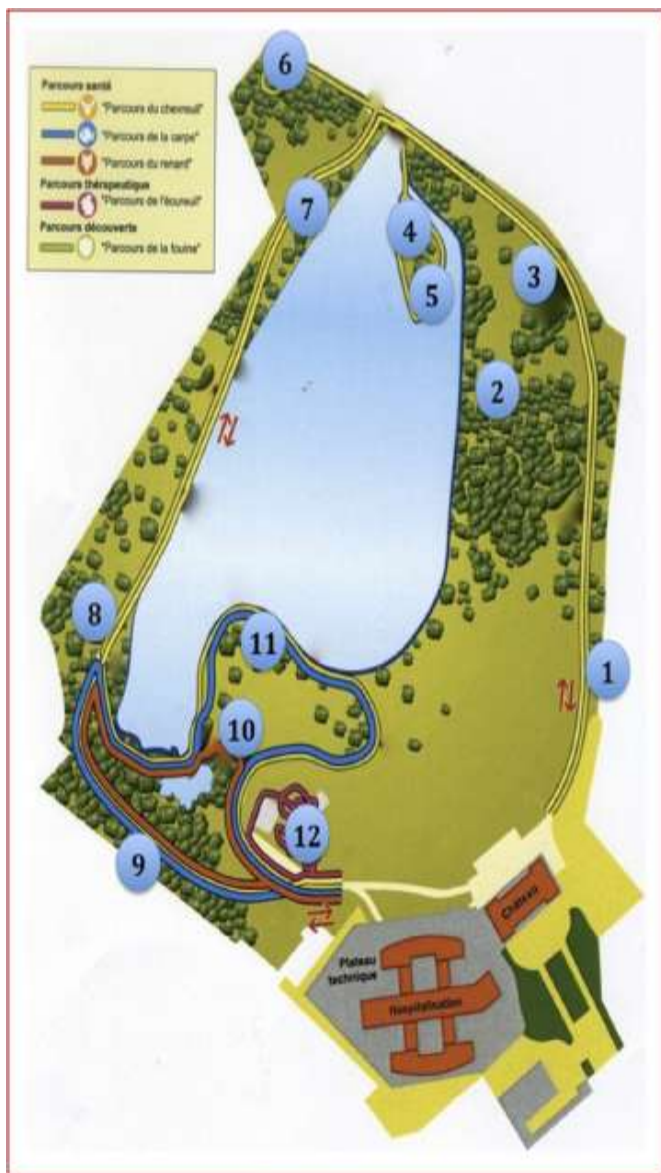


Figure 1. Plan du parc.

LES MEDICAMENTS

BALISE - 1

1 - Quel est le médicament qui fluidifie le sang ?

LES FACTEURS DE RISQUES

BALISE - 1

1 - Citez au moins trois facteurs de risque modifiables

Figure 2. Exemple de fiche balise.

LES FACTEURS DE RISQUES

GRILLE REPONSES

BALISE 1 - Q1 - FACTEURS MODIFIABLES :

1.

2.

3.

BALISE 3 - Q2 - BON ou MAUVAIS Cholestérol :

a) LDL bon mauvais

b) LDL bon mauvais

BALISE 6 - Q3 - SCHEMA :

LDL • • bon • • < 130/L

HDL • • mauvais • • > 40/L

BALISE 7 - Q4 - HYPERTENSION :

14/7 13/8 14/9 15/10

BALISE 10 - Q5 : _____ M _____

_____ C _____

BALISE 12 - Q6 - IMC :

0 à 19 20 à 24 25 à 29 + de 30

Figure 3. Exemple de fiche d'évaluation.

IL faut veiller à **adapter** les programmes de réadaptation au profil de chacun des patients. L'auto-efficacité a été démontrée, notamment par Everett et al. (2009), comme facteur favorisant les comportements de santé favorables, y compris la pratique d'exercices.

Comment envisager favoriser et augmenter la confiance des patients dans leur capacité d'obtenir des résultats, voire des performances et d'adopter des comportements adéquats ?

=> **Le renforcement des compétences psychopédagogiques** des professionnels de santé et une meilleure sensibilisation de ceux-ci aux démarches et stratégies d'éducation et de promotion de la santé les aideront sans aucun doute à relever ce challenge.

Phase 3 :

- Phase de maintenance.
- Débute avec la reprise de la vie active.
- Garder une activité physique régulière de type aérobie.
- Rôle de l'entourage et des Clubs cœur et Santé.

A. Bloch, B. Lasserre, M. Bettoni

Service de Cardiologie,
Département cardio-vasculaire,
Hôpital de la Tour, Meyrin-Genève

La réadaptation cardiaque: une expérience de 30 ans

Tableau 1

Efficacité à long terme des programmes phase 2 (n = 100).

	activité nulle ou faible	modérée	importante
Réadaptés	23/52 (44,2%)	21/52 (40,4%)	8/52 (15,4%)
Non réadaptés	28/48 (58,3%)	15/48(31,2%)	5/48 (10,4%)
Total	51	36	13

Afin de renforcer régulièrement la motivation du patient à prendre en charge sa santé, on lui conseille vivement de participer aux activités physiques encadrées des clubs “Cœur et Santé” qui aident à l’adhésion à la réadaptation des cardiaques.

Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation (Review)

Taylor RS, Dalal H, Jolly K, Moxham T, Zawada A

les programmes de réadaptation cardiaque en centre sont proposés aux patients après des événements cardiaques, tandis que les programmes de réadaptation cardiaque à domicile ont été développés dans le but d'élargir l'accès et d'accroître la participation

➔ les mêmes effets bénéfiques sur les facteurs de risque, la qualité de vie liée à la santé, les décès, les événements cliniques et les coûts. Certaines preuves non concluantes suggéraient que les interventions à domicile étaient associées à un niveau d'adhésion plus élevé.

CONCLUSION

- La R.C permet une prise en charge optimale du patient et de sa maladie
- Moment privilégié, le patient est réceptif, l'entourage est disponible. C'est un moment de contact et d'échanges
- Un bien sous utilisé
- L'éducation thérapeutique est indispensable
- les programmes ambulatoires et les programmes de maintenance devraient être développés davantage

*«...Vous ne pouvez pas aider les hommes
continuellement en faisant pour eux ce qu'ils
pourraient et devraient faire eux-mêmes... »*

Abraham Lincoln



Merci de votre attention