

Article original

Importance de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge multidisciplinaire de l'insuffisance cardiaque

Importance of therapeutic education in the multidisciplinary management of heart failure

Y. Juillière ^{a,*}, J.-N. Trochu ^b, P. Jourdain ^c

^a Département de cardiologie, CHU de Nancy-Brabois, allée du Morvan, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy, Nancy, France

^b Service de cardiologie, CHU Laennec, Nantes, France

^c Service de cardiologie, CHG René-Dubos, Pontoise, France

Disponible sur internet le 19 décembre 2005

Résumé

L'insuffisance cardiaque est une maladie sévère grevée d'une morbidité encore trop lourde. L'intérêt pour une prise en charge multidisciplinaire des patients insuffisants cardiaques prend actuellement un essor afin d'améliorer la prescription du traitement médical et de permettre une meilleure qualité de vie. Les preuves d'une réduction de morbidité existent et plusieurs modèles de prise en charge ont été évalués. Le point fondamental unissant ces différents modèles réside dans le rôle majeur de l'éducation thérapeutique. La formation des personnels concernés (médicaux et paramédicaux) à cette technique est nécessaire. Des outils d'éducation thérapeutique ont été créés à côté de moyens d'information complémentaires. L'ensemble de ces éléments œuvre pour permettre qu'une nouvelle forme d'approche de l'insuffisance cardiaque se mette en place en France.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Heart failure is a severe disease with high morbidity and mortality rates. The interest for multidisciplinary heart failure patient management is increasing in order to improve prescription of medical therapies and to allow a better quality of life. Proofs of reduction in morbi-mortality exist and some models of management have been assessed. The most important point remains the major role of therapeutic education. Training of health care professionals is needed. Tools for therapeutic education have been created and can be associated with complementary informative means. All these elements allow that a new approach of heart failure takes in place in France.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Éducation thérapeutique ; Insuffisance cardiaque ; Équipe multidisciplinaire ; Réseau ; Morbidité ; Mortalité

Keywords: Therapeutic education; Heart failure; Multidisciplinary team; Network; Mortality; Morbidity

L'insuffisance cardiaque est devenue une pathologie fréquente du fait du vieillissement de la population [1,2] et des progrès majeurs obtenus dans des pathologies cardiovasculaires telles que l'hypertension artérielle ou la maladie coronaire.

Son importance pose un réel problème de santé publique [3,4] et elle est notamment source d'un surcoût financier considérable pour les organismes sociaux [5]. Après une longue phase d'amélioration de l'arsenal thérapeutique depuis la fin des années 1980 [6–9], il apparaît maintenant nécessaire de modifier l'approche de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques afin d'accroître encore l'impact sur la réduction de morbidité déjà obtenue avec les traitements [1] et d'y

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : y.juilliere@chu-nancy.fr (Y. Juillière).

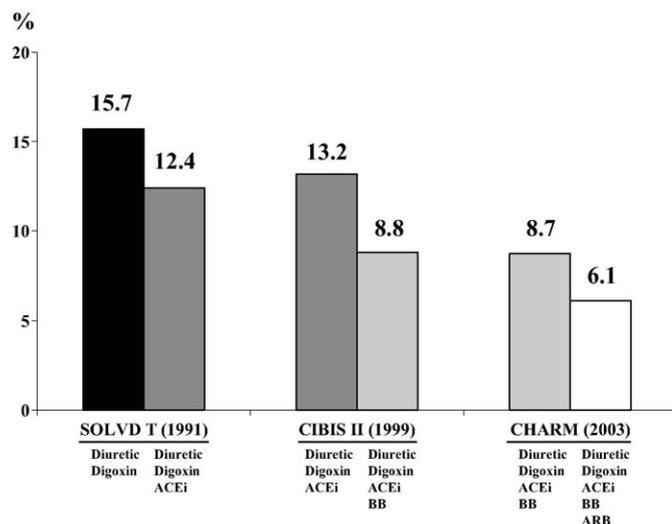


Fig. 1. Évolution du taux annuel de mortalité globale après différents grands essais thérapeutiques en fonction de l'adjonction progressive de nouvelles classes médicamenteuses.

ajouter une amélioration de la qualité de vie [10]. Le développement des réseaux ou des cliniques dédiées à l'insuffisance cardiaque [11,12] se fonde sur l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire dont l'efficacité passe par la mise en place d'une éducation thérapeutique du patient.

1. Pourquoi doit-on envisager une prise en charge multidisciplinaire ?

L'insuffisance cardiaque est une pathologie fréquente et grave responsable d'une morbidité élevée [13,14]. Ainsi, dans l'étude EPICAL, la mortalité à long terme de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque sévère avoisine 50 % à deux ans avec une survie sans réhospitalisations qui atteint 10 % à deux ans [15]. Dans l'étude EFICA portant sur des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque aiguë, la mortalité est de 27 % à quatre semaines et 46 % à un an [16]. Pourtant, les progrès thérapeutiques ont été considérables, tant sur le plan du traitement médical [6–8] que sur celui des traitements non médicamenteux [9]. Cependant, de ce fait, le traitement médical est devenu très compliqué, imposant au minimum une trithérapie d'emblée, voire parfois en fonction des symptômes, une quadruple ou une quintuple thérapie [17]. Certes, la mise en place de ces traitements a permis, depuis l'avènement des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), une diminution constante de la mortalité (Fig. 1). Mais si la morbidité diminue également, elle demeure élevée compte tenu du nombre de plus en plus important de patients qui présentent la maladie et qui vont devoir vivre longtemps avec elle. De plus, on constate que malgré des recommandations bien détaillées [17], la prescription des médicaments incontournables est loin d'être idéale pour atteindre environ 60 % pour les IEC, 30 à 35 % pour les bêtabloquants et seulement un peu moins de 20 % pour la triple association IEC, bêtabloquant et diurétique [2,18]. Il est donc impératif de tout faire pour améliorer cette qualité de prescription et les contraintes qu'elle impose. Enfin,

l'insuffisance cardiaque est une maladie fréquemment associée à des comorbidités plus ou moins invalidantes [19,20] qui nécessitent parfois des prises en charge spécifiques et altèrent la plupart du temps la qualité de vie des patients.

Tous ces arguments confèrent à placer le patient insuffisant cardiaque au sein d'une prise en charge multidisciplinaire médicale et paramédicale pour tenter d'obtenir une meilleure adhérence thérapeutique et améliorer les conditions de vie avec cette maladie chronique. L'optimisation de cette prise en charge requiert une qualification certaine et un travail d'équipe multidisciplinaire bien structuré. L'entraînement des personnels demeure un objectif indispensable mais encore mal accompli [21].

2. Quelles sont les possibilités de prise en charge multidisciplinaire ?

De multiples possibilités existent et ont démontré leur efficacité. Il existe de nombreux types d'intervention avec ou sans programme spécifique après la sortie de l'hôpital, et les stratégies de prise en charge post-hospitalière varient largement lorsqu'elles existent. La prise en charge multidisciplinaire fait intervenir habituellement des médecins (cardiologues ou non), des infirmières spécialisées, des diététiciennes et des kinésithérapeutes. Mais des psychologues, des gérontologues peuvent également avoir une place importante dans le système employé [22]. Cela peut consister en des interventions à domicile de l'infirmière [23], voire de toute l'équipe [24], ou bien la mise en place de structures d'éducation à l'hôpital ou en clinique avec des séances réalisées en ambulatoire [25] ou un suivi étroit des patients par contact téléphonique [26]. Il a également été proposé la distribution de matériel éducatif aux patients afin de permettre une autogestion de leur pathologie [27] ou l'envoi hebdomadaire ou mensuel d'informations sur la maladie ou de recommandations sur le régime alimentaire ou l'activité physique [28].

Toutes ces possibilités peuvent ainsi se développer en France au sein de réseaux [11] ou de cliniques dédiées à l'insuffisance cardiaque [12], mais également dans les structures de réadaptation cardiovasculaire, voire dans les services de cardiologie actifs.

3. Quelles sont les preuves de l'efficacité de la prise en charge multidisciplinaire ?

Rich et al. [24] sont les premiers à avoir apporté la preuve de l'efficacité d'une prise en charge multidisciplinaire chez les patients âgés insuffisants cardiaques. Ils ont pu obtenir une réduction significative des réhospitalisations assortie d'une diminution importante des coûts liés à la pathologie. Stewart et al. [29] ont confirmé l'impact d'une prise en charge multidisciplinaire interventionniste à domicile sur la réduction des réhospitalisations mais aussi de la mortalité, avec de nouveau une économie financière grâce à la diminution des coûts liés aux hospitalisations. Depuis, des méta-analyses sont venues confirmer ces premières données [30,31]. La mortalité globale est



Fig. 3. Exemple d'outils standardisés (aspect activité physique et vie quotidienne) spécifiquement dévolus à l'éducation thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque issu du programme I-CARE [45,46].

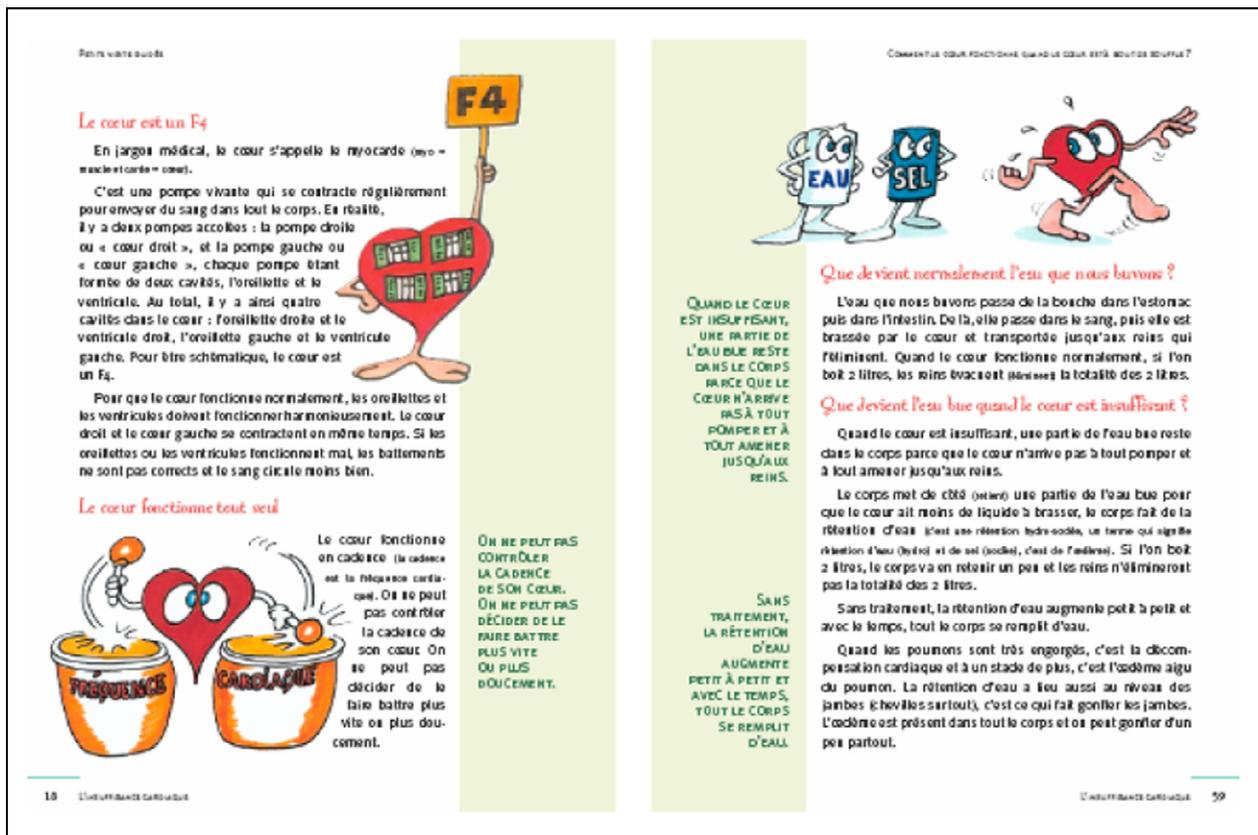


Fig. 4. Exemple de deux pages extraites d'un livre expliquant l'insuffisance cardiaque dans un langage médical adapté pour le patient [47].

rôles et limites à lui attribuer en tenant compte du contexte réglementaire mais aussi des besoins spécifiques pour une gestion optimale de l'approche multidisciplinaire [37].

Dans tous les modèles rapportés dans la littérature [30,31,38], l'élément fondamental à la base de la réussite du projet demeure l'éducation thérapeutique. L'éducation thérapeutique a donc un rôle crucial [39]. Beaucoup de patients ont un niveau de connaissance bas et n'ont pas une compréhension claire de leur maladie et de ce qu'est et de ce que peut apporter une prise en charge par soi-même. L'éducation thérapeutique permet au patient d'acquiescer et de conserver les capacités et les compétences qui l'aident à vivre de manière optimale sa vie avec sa maladie (OMS). Le patient est au centre du processus de soins et doit être rendu compétent afin de l'amener au mieux à concilier projets de vie et exigences du traitement [40]. La technique bien spécifique de l'éducation thérapeutique s'est imposée dans la prise en charge des pathologies chroniques. Son intérêt n'est plus à démontrer puisqu'elle améliore la santé du patient, réduit la morbidité, améliore la qualité de vie et permet au patient de réaliser ses projets [41]. Elle doit être spécialement adaptée pour le patient âgé afin de cibler les barrières à l'apprentissage que sont les limites fonctionnelles et cognitives, la mauvaise compréhension et la faible motivation [39].

L'éducation thérapeutique a donc pris une place incontournable dans la prise en charge du patient insuffisant cardiaque [30,31,38,42]. Sa nécessité vient du fait que les patients atteints de la maladie sont de plus en plus nombreux, ce qui rend leur prise en charge individuelle plus difficile et impose une délégation de compétences de la part du médecin, tel qu'on peut le voir pour le diabète ou l'asthme [43]. L'éducation thérapeutique s'est développée à partir des expériences suédoises [23,44] et est maintenant totalement reconnue [38,42]. Elle fait partie des composantes recommandées pour les soins des patients insuffisants cardiaques par la Société européenne de cardiologie [17].

En France, l'intérêt pour l'éducation thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque a tardé à se développer et a pris son essor ces dernières années avec la démonstration de l'efficacité d'une prise en charge en réseau incluant l'éducation des patients [11] et le développement du vaste programme d'éducation thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque I-CARE [45]. Pour mettre en place des programmes d'éducation, il importe d'être formé à cette discipline à part entière qu'est l'éducation thérapeutique [40,44]. Il convient également de posséder des outils facilitant cette éducation. Il existe maintenant des outils issus du programme I-CARE [46] (Figs. 2 et 3) qui ont le mérite d'être standardisés et de répondre à la fois à l'insuffisance cardiaque et aux critères de formation à l'éducation thérapeutique. Ces outils ne représentent cependant qu'une aide au fonctionnement. Ils se veulent le plus complet possible afin d'offrir de nombreuses possibilités d'éducation thérapeutique et peuvent s'utiliser partiellement ou dans leur totalité [45,46]. Des outils d'information peuvent utilement compléter les apports éducatifs fournis aux patients (livres, lettres, vidéos) [47] (Fig. 4) sachant qu'une information seule permet rarement d'obtenir l'adhésion totale du patient et qu'il est préférable

qu'elle soit intégrée dans un projet global d'éducation. L'éducation dispensée peut également tirer bénéfice de l'apport de nouvelles technologies telles que l'éducation assistée par ordinateur, la télémédecine et le télémonitorage [48].

6. Conclusion

L'éducation thérapeutique au service de la prise en charge multidisciplinaire du patient insuffisant cardiaque devrait se développer dans un futur proche et gagner rapidement ses lettres de noblesse. Ce nouveau mode de prise en charge devrait montrer des apports majeurs en termes d'amélioration de la qualité de vie de patients obligés de vivre avec une pathologie chronique grave, mais aussi de réduction de la morbidité, objectif majeur pour les patients et la santé publique.

Références

- [1] McMurray J, McDonagh T, Morrison CE, Dargie JH. Trends in hospitalization for heart failure in Scotland 1980–1990. *Eur Heart J* 1993;14:1158–62.
- [2] Cleland JGF, Swedberg K, Follath F, Komajda M, Cohen-Solal A, Aguilar JC, et al. The EuroHeart Failure survey program — a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis. *Eur Heart J* 2003;24:442–63.
- [3] Bonneux L, Barendregt JJ, Meeter K, Bonsel GJ, Van Der Maas PJ. Estimating clinical morbidity due to ischemic heart disease and congestive heart failure: the future rise of heart failure. *Am J Public Health* 1994;84:20–8.
- [4] Eriksson H. Heart failure: a growing public health problem. *J Intern Med* 1995;237:135–41.
- [5] Selke B, Brunot A, Lebrun A. Répercussion économique de l'insuffisance cardiaque en France. *Arch Mal Cœur* 2003;96:191–6.
- [6] The CONSENSUS Trial Study Group. Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure: results of the cooperative north Scandinavian enalapril survival study (CONSENSUS). *N Engl J Med* 1987;316:1429–35.
- [7] Packer M, Bristow M, Cohn J, for the US carvedilol study group. The effects of carvedilol on morbidity and mortality in patients with chronic heart failure. *N Engl J Med* 1996;334:1349–55.
- [8] McMurray JJV, Östergren J, Swedberg K, Granger CB, Held P, Michelson EL, et al., for the CHARM investigators and committees. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left-ventricular systolic function taking angiotensin-converting-enzyme inhibitors: the CHARM-Added trial. *Lancet* 2003;362:767–71.
- [9] Cleland JGF, Daubert JC, Erdmann E, Freemantle N, Gras D, Kappenberger L, et al., for the Cardiac Resynchronization – Heart Failure Study Investigators. The effect of cardiac resynchronization on morbidity and mortality in heart failure. *N Engl J Med* 2005;352:1539–49.
- [10] Lee DTF, Yu DSF, Woo J, Thompson DR. Health-related quality of life in patients with congestive heart failure. *Eur J Heart Fail* 2005;7:419–22.
- [11] Trochu JN, Baleynaud S, Mialet G et al. Multicentre randomised trial of a multidisciplinary intervention program in heart failure patients in French medical practice. *Eur Heart J*. 2003; 24(abstr suppl): 484 (abstract).
- [12] Jourdain P, Funck F, Bellorini M, Josset C, Piednoir C, Pons N, et al. Cliniques d'insuffisance cardiaque. Concept, organisation, résultats. *Ann Cardiol Angéiol* 2002;51:248–53.
- [13] Krumholz HM, Parent EM, Tu N, Vaccarino V, Wang Y, Radford MJ, et al. Readmission after hospitalisation for congestive heart failure among medicare beneficiaries. *Arch Intern Med* 1997;157:99–104.
- [14] Jaagosild P, Dawson NV, Thomas C, Wenger NS, Tsevat J, Knaus WA, et al. Outcomes of acute exacerbation of severe congestive heart failure. *Arch Intern Med* 1998;158:1081–9.

- [15] Zannad F, Briancon S, Juillière Y, Mertes PM, Villemot JP, Alla F, et al., for the EPICAL Investigators. Incidence, clinical and etiologic features, and outcomes of advanced chronic heart failure: the EPICAL study. *J Am Coll Cardiol* 1999;33:734–42.
- [16] Zannad F, Mebazaa A, Juillière Y, Cohen-Solal A, Guise L, Alla F, et al. for the EFICA Investigators. Clinical profile, contemporary management and one-year mortality in patients with severe acute heart failure syndromes: the EFICA study. *Eur J Heart Fail* 2006 in press.
- [17] Task force for the diagnosis and treatment of chronic heart failure of the European society of cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005). *Eur Heart J* 2005;26:1115–40.
- [18] Echemann M, Zannad F, Briancon S, Juillière Y, Mertes PM, Virion JM, et al., for the EPICAL Investigators. Determinants of angiotensin-converting enzyme inhibitor prescription in severe heart failure with left ventricular systolic dysfunction: the EPICAL study. *Am Heart J* 2000;139:624–31.
- [19] Komajda M, Follath F, Swedberg K, Cleland J, Aguilar JC, Cohen-Solal A, et al., for the Study group on diagnosis of the working group on heart failure of the European society of cardiology. The EuroHeart Failure survey program — a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 2: treatment. *Eur Heart J* 2003;24:464–75.
- [20] Dahlstrom U. Frequent non-cardiac comorbidities in patients with chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2005;7:309–16.
- [21] Konstam MA. Heart failure training: a call for an integrative, patient-focused approach to an emerging cardiology subspecialty. *J Card Fail* 2004;10:366–7.
- [22] Jaarsma T. Health care professionals in a heart failure team. *Eur J Heart Fail* 2005;7:343–9.
- [23] Cline CMJ, Israelsson BY, Willenheimer RB, Broms K, Erhardt LR. Cost effective management program for heart failure reduces hospitalization. *Heart* 1998;80:442–6.
- [24] Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med* 1995;333:1190–5.
- [25] Stewart S, Pearson S, Horowitz JD. Effects of a home-based intervention among patients with congestive heart failure discharged from acute hospital care. *Arch Intern Med* 1998;158:1067–72.
- [26] Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA* 1999;281:613–20.
- [27] Jaarsma T, Halfens R, Huijter Abu-Saad H, Dracup K, Gorgels T, van Ree J, et al. Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. *Eur Heart J* 1999;20:673–82.
- [28] Shah NB, Der E, Ruggerio C, Heidenreich P, Massie B. Prevention of hospitalizations for heart failure with an interactive home monitoring program. *Am Heart J* 1998;135:373–8.
- [29] Stewart S, Marley JE, Horowitz JD. Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomized controlled study. *Lancet* 1999;354:1077–83.
- [30] McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJJV. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high-risk for admission. A systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol* 2004;44:810–9.
- [31] Gonseth J, Guallar-Castillon, Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F. The effectiveness of disease management programs in reducing hospital readmission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur Heart J* 2004;25:1570–95.
- [32] Kasper EK, Gerstenblith G, Helfter G, van Anden E, Brinker JA, Thiemann DR, et al. A randomized trial of the efficacy of multidisciplinary care in heart failure outpatients at high risk of hospital readmission. *J Am Coll Cardiol* 2002;39:471–80.
- [33] Cohen-Solal A, Desnos M, Delahaye F, Emeriau JP, Hanania G, for the myocardiopathy and heart failure working group of the French society of cardiology, the National college of general hospital cardiologists and the French geriatrics society. A national survey of heart failure in French hospitals. *Eur Heart J* 2000;21:763–9.
- [34] Gustafsson F, Arnold JMO. Heart failure clinics and outpatient management: review of the evidence and call for quality assurance. *Eur Heart J* 2004;25:1596–604.
- [35] DeBusk RF, Miller NH, Parker KM, Bandura A, Kraemer HC, Cher DJ, et al. Care management for low-risk patients with heart failure: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2004;141:606–13.
- [36] Stewart S, Horowitz JD. Home-based intervention in congestive heart failure. Long term implications on readmission and survival. *Circulation* 2002;105:2861–6.
- [37] Blue L, McMurray J. How much responsibility should heart failure nurses take? *Eur J Heart Fail* 2005;7:351–61.
- [38] Dickstein K, Jaarsma T. Heart failure management programs: delivering the message. *Eur J Heart Fail* 2005;7:291–3.
- [39] Strömberg A. The crucial role of patient education in heart failure. *Eur J Heart Fail* 2005;7:363–9.
- [40] Sandrin-Berthon B. In: *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris: PUF Ed; 2000. p. 198.
- [41] Cooper H, Booth K, Fear S, Gill G. Chronic disease patient education: lessons from meta-analyses. *Patient Educ Couns* 2001;44:107–17.
- [42] Stromberg A. The crucial role of patient education in heart failure. *Eur J Heart Fail* 2005;7:363–70.
- [43] D'ivernois JF, Gagnayre R. In: *Apprendre à éduquer le patient*. Paris: Maloine Ed; 2004. p. 155 (2^e édition).
- [44] Erhardt LR, Cline CMJ. Organisation of the care of patients with heart failure. *Lancet* 1998;352(suppl I):S15–8.
- [45] Juillière Y, Jourdain P, Roncalli J, Trochu JN, Gravouille E, Guibert H, et al. Education thérapeutique des patients insuffisants cardiaques : le programme I-CARE. *Arch Mal Cœur* 2005;98:300–7.
- [46] Juillière Y, Trochu JN, Jourdain P, Roncalli J, Gravouille E, Guibert H, et al. Creation of standardized tools for therapeutic education specifically dedicated to chronic heart failure patients: the French I-CARE project. *Int J Cardiol* 2006 in press.
- [47] Juillière Y, Cuzin E. *L'insuffisance cardiaque : le cœur à bout de souffle*. Paris: Manise-Grand Public Santé Ed; 2005 128 pages.
- [48] Louis A, Turner T, Gretton M, Baksh A, Cleland J. A systematic review of telemonitoring for the management of heart failure. *Eur J Heart Fail* 2003;5:583–90.