

Education thérapeutique, Patient âgé

Pr Dominique Somme

Gériatrie, CHU Rennes

dominique.somme@chu-rennes.fr

Cadrage global

- L'éducation thérapeutique s'est développée comme mode de réponse aux enjeux de la transition épidémiologique vers un primat des maladies chroniques
- Elle trouve ses bases scientifiques notamment dans le diabète pathologie chronique incurable
- L'enjeu est à la fois de qualité et économique

Quel lien entre grand-âge et
intérêt de l'éducation
thérapeutique?

Cadrage démographique

- Une espérance de vie qui augmente
 - Grâce à la compression de la mortalité dans les âges élevés
 - Grâce aux progrès médicaux (5 ans à 5 ans $\frac{1}{2}$ des 30 ans de gain depuis 1950 ou la moitié des 7-8 ans de vie depuis 1950)
- Avec une morbidité qui reste stable ou en légère compression
- Avec des incapacités stable ou en légère baisse
- Avec des incapacités sévères qui diminuent
- Une population très âgée qui émerge
 - Multimorbide
 - Fragile sans être dépendante

Les ALD des personnes âgées

TABEAU I

Liste des affections de longue durée pour lesquelles l'âge moyen des personnes bénéficiaires est supérieur ou égal à 70 ans, parmi les bénéficiaires d'ALD du régime général de l'Assurance-maladie en 2006

	Âge moyen (ans)	Effectif (milliers)
Maladie d'Alzheimer et autres démences	82	198
Maladie de Parkinson	75	75
Tumeur maligne de prostate	73	250
Polypathologies invalidantes (ALD 32)	71	71
Artériopathie chronique	71	349
Tumeur maligne du côlon	71	159
HTA sévère ¹	71	910
Maladie coronaire	70	746
Insuffisance cardiaque grave	70	486

¹ Affection retirée de la liste des ALD en 2011.

Nombre moyen de maladies déclarées (par genre et groupe d'âge)

Groupes d'âges	Maladies Chroniques		Maladies Non Chroniques	
	H	F	H	F
18-29	1,4	1,6	1,3	1,4
30-44	1,5	1,7	1,4	1,5
45-59	1,9	2,1	1,6	1,7
60-74	2,1	2,6	1,8	1,9
75 et plus	2,6	2,9	1,8	2,1

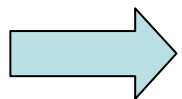
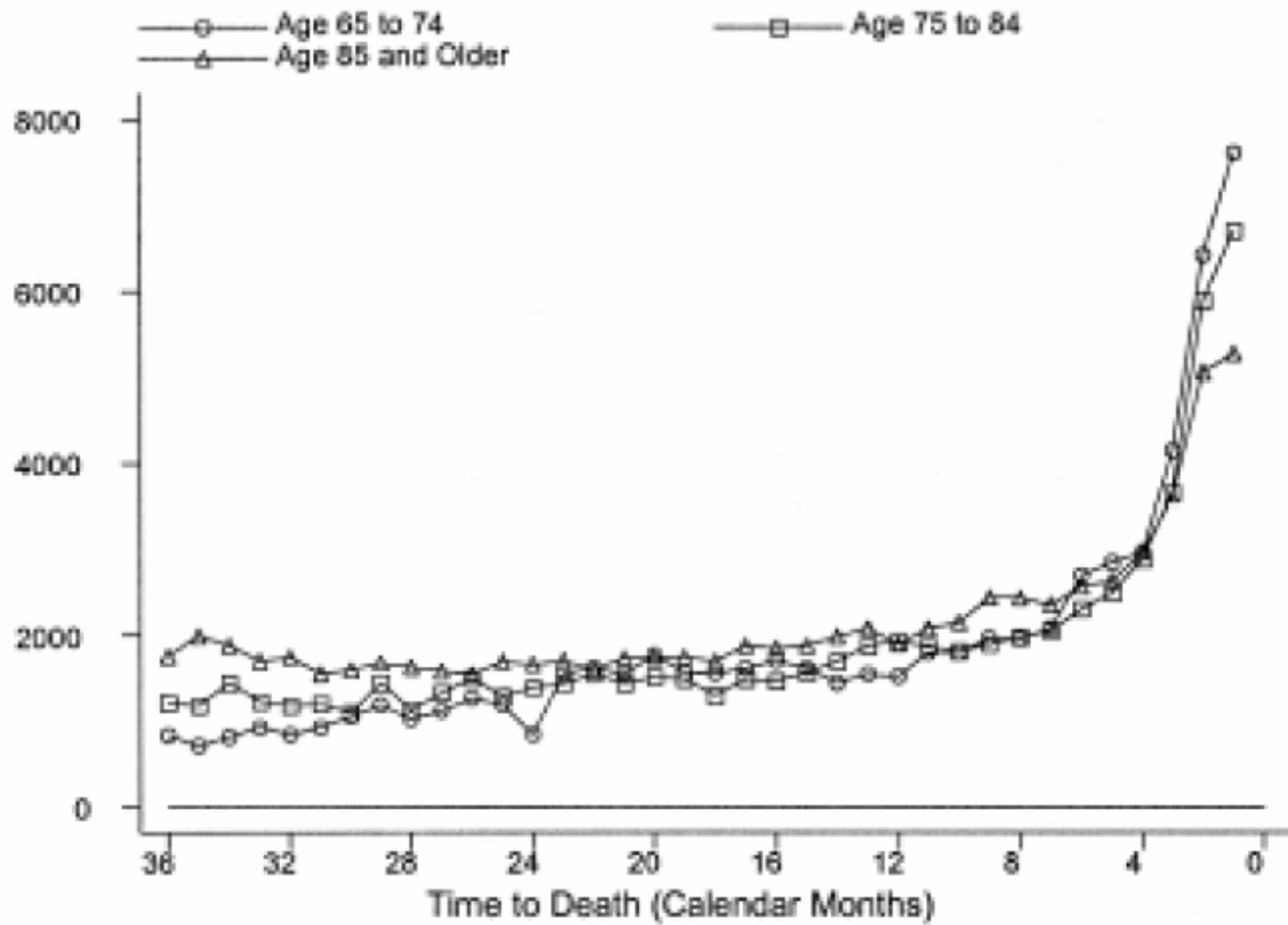
Champ : France métropolitaine, population 18 ans et plus déclarant au moins une maladie chronique ou non chronique.
Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee.

- Morbidité déclarée plus élevée chez les personnes âgées
 - 7,6 en moyenne (vs 3)

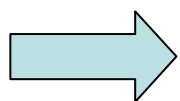
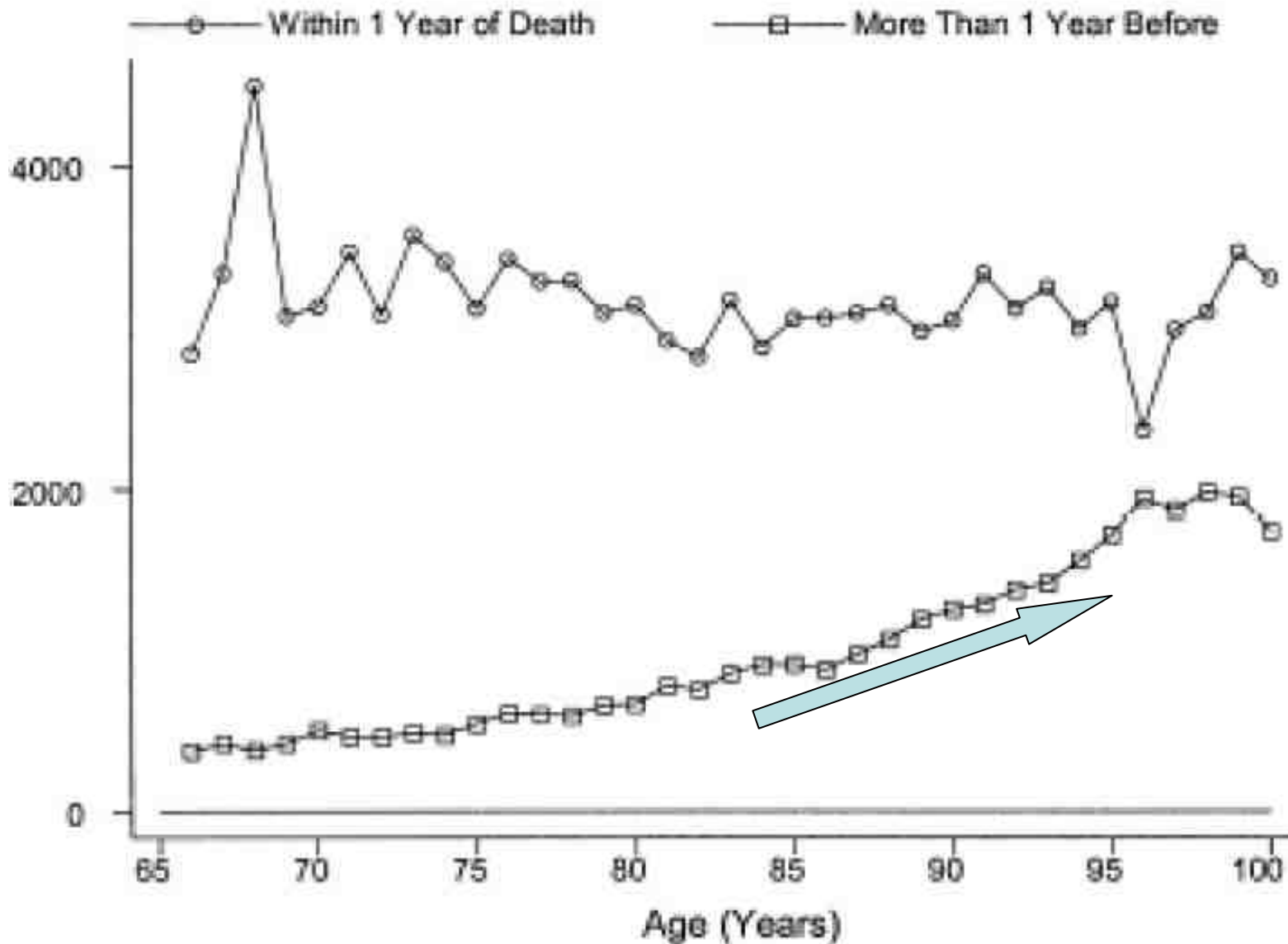
A retenir

- Les patients âgés (en augmentation) concentrent les indications théoriques d'ETP
- L'ETP fait partie des moyens clefs pour faire face aux défis démographiques et épidémiologiques à venir

Pourquoi a-t-on quelque chose à
y gagner d'un point de vue
économique?



Selon Yang 2003, l'augmentation en fin de vie dépend peu de l'âge

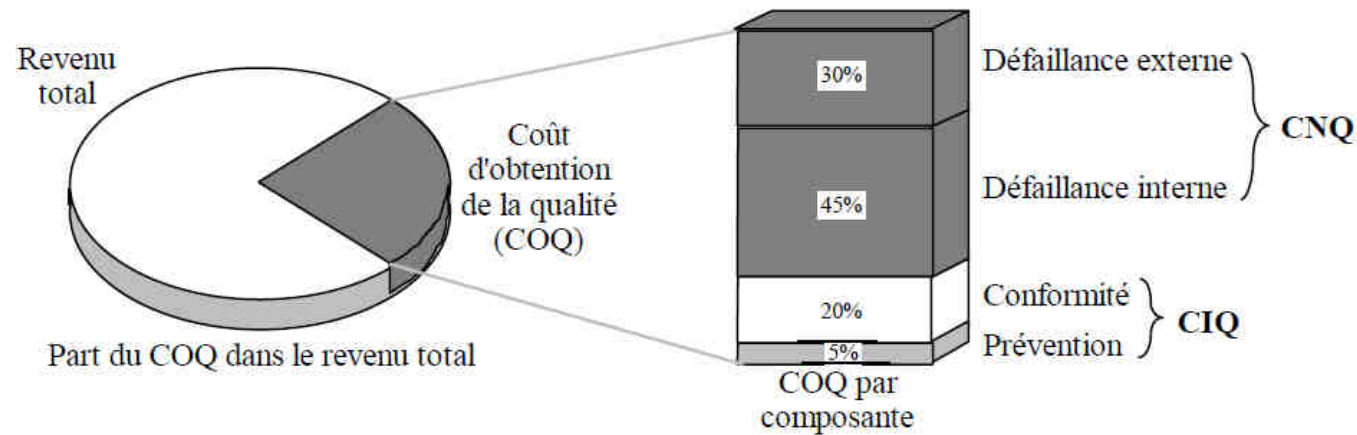


Selon Yang 2003, par contre il persiste un lien entre dépenses de santé et âge pour les personnes qui vivent

Interprétation

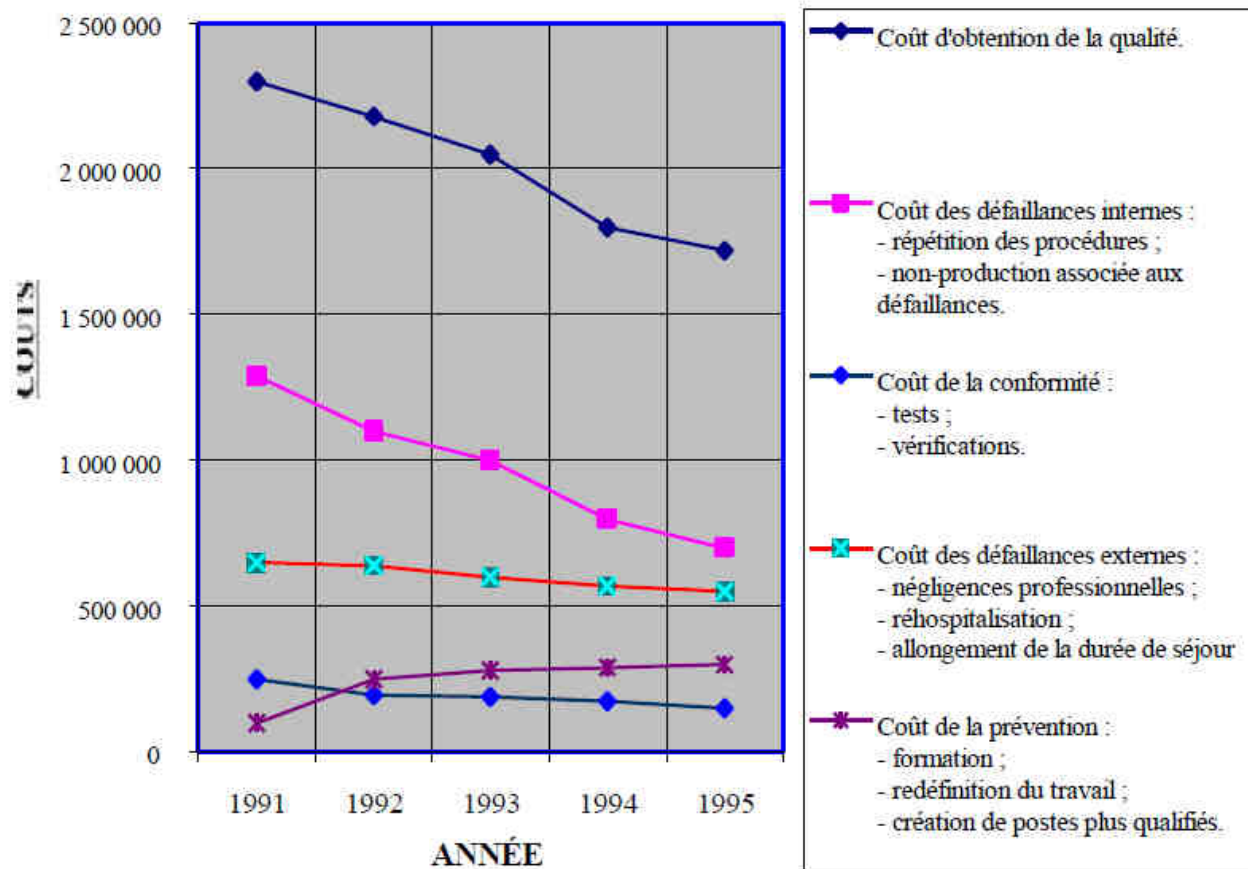
- Le lien longévité – dépense ne serait pas expliqué par seulement la proximité de la mort mais bien par le poids des maladies chroniques
- La part des dépenses de santé dévolue aux personnes qui décèdent dans l'année est très stable (pas le chiffre absolu) autour de 30% des dépenses Medicare
- Structures de dépenses très hétérogène (6% des « décédants » expliquent la déviation de la moyenne)

Coût de qualité et de non qualité



COQ : coût d'obtention de la qualité ; CNQ : coût de la non-qualité ; CIQ : coût d'investissement dans la qualité

Figure 2. Évolution des coûts de la qualité dans un établissement de santé américain sur une période de 5 ans (1991-1995). *D'après Finkler, 1996 (9).*



A retenir

- Même si la proximité de la mort entraîne des surcoûts ce n'est pas l'explication des surcoûts liés au traitement des personnes âgées
- Il est probable que les coûts de non qualité explique une bonne part du surcout des soins des personnes âgées
- Il faut investir (par exemple en ETP) pour que ces coûts de non qualité baissent

Qu'y-a-t-il de spécial avec les
personnes âgées?

Quelques spécificités marquantes

- Diminution des réserves physiologiques
- Une communication souvent plus lente, plus difficile (déficit sensoriels++)
- Une histoire plus longue
- Les atypies de présentation des maladies
- Un examen clinique plus lent, plus complexe, rarement normal
- Interaction fréquentes et multiples entre maladies chroniques
- L'espérance de vie plus courte
- Les causes variées à la perte d'autonomie fonctionnelle
- Les causes multiples de douleurs et d'inconfort
- Des particularités de la pharmacologie
- La difficulté de démêler le « banal » du « normal » du « pathologique »
- Moindre inquiétude face aux symptômes
- Moindre inquiétude (inconstante) face à la mort
- Un « collectif » : la personne et son « réseau d'aide »

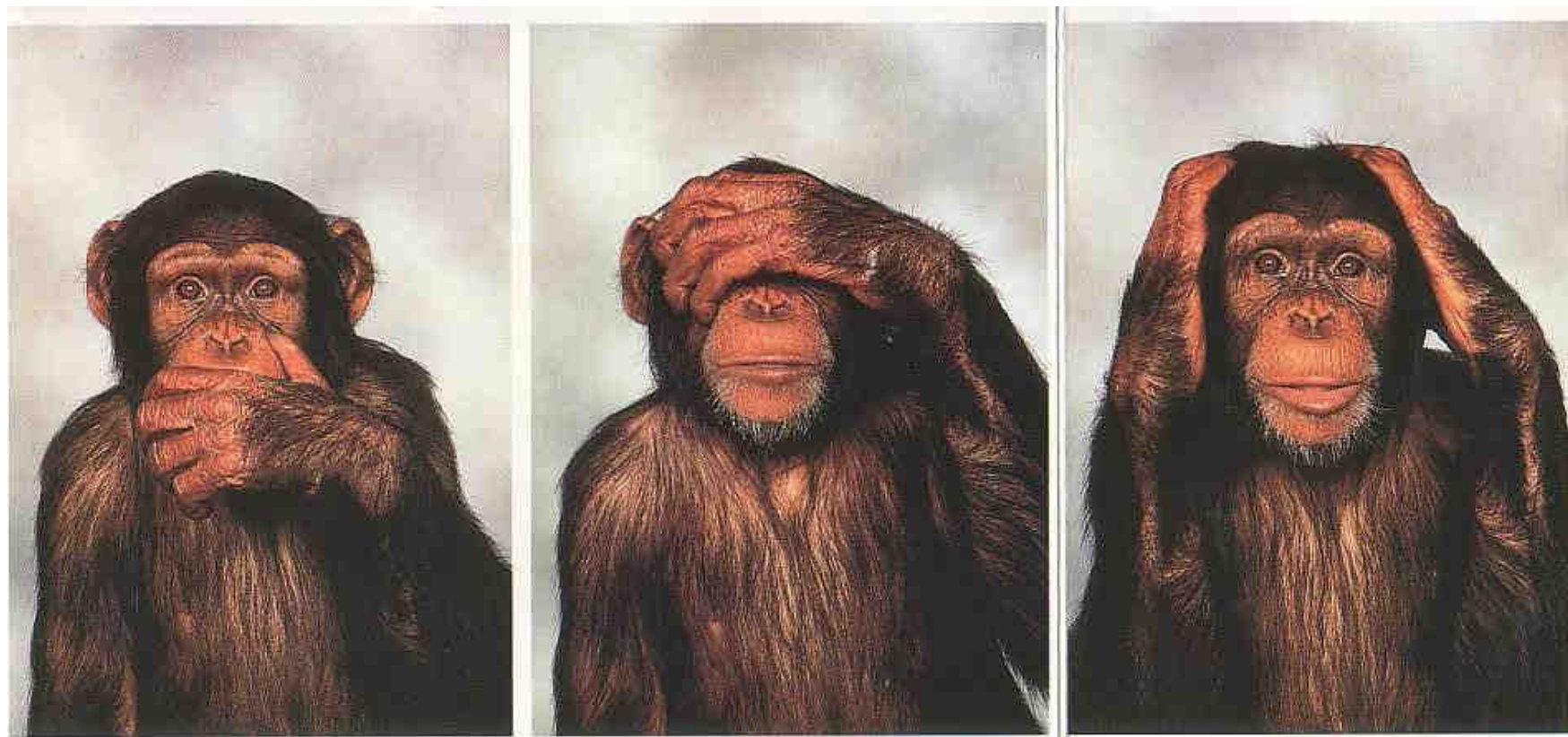
A retenir

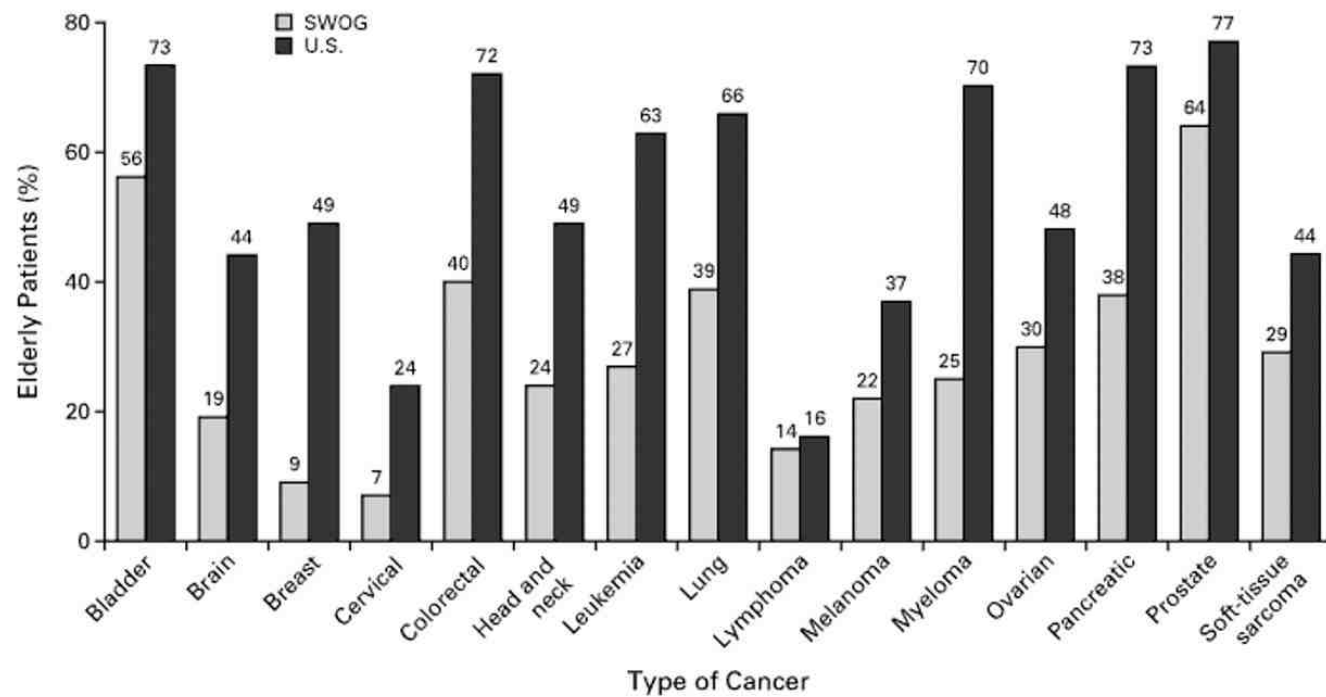
- Les particularités des patients âgés
- Le concept de fragilité

Faire de l'ETP à partir de l'EBM?
(Evidence Based Medicine)
Sait-on quoi enseigner?

les personnes âgées dans les études:

on en parle pas, on ne les regarde pas et on ne les écoute pas





Les difficultés inhérentes à la recherche en Gériatrie

- Les causes d'exclusions des études
 - La fréquence de co-morbidités multipliant les causes d'exclusions
 - L'impossibilité du recueil de consentement éclairé du fait de la fréquence des troubles cognitifs
 - L'absence de bénéfice ressenti par la personne du devenir suivi (la survie n'est pas un but)
 - Aspect éthique lié aux investigations complémentaires jugées utiles par l'étude
 - La mauvaise volonté des médecins, l'âgisme
 - L'espérance de vie limitée (notamment lorsque l'événement surveillé dépend de la survie)

Biais des études longitudinales

- Biais de sélection des population: l'échantillon doit être représentatif de la population :
 - Randomisation
 - difficultés en Gériatrie :
 - Inclusion des sujets dépendants
 - Inclusion représentative des personnes vivant en institution
- Biais de mesure: le facteur d'exposition doit être facilement mesurable et clairement défini
 - difficultés en Gériatrie :
 - Importance éventuelle des troubles cognitifs si auto-rapporté
 - Définition pas toujours adapté en fonction du grand âge
- Biais de suivi
 - difficultés en Gériatrie :
 - perdus de vue +++, durée du suivi
- Facteurs confondants

Treatment Regimen Based on Clinical Practice Guidelines for a Hypothetical 79-Year-Old Woman With Hypertension, Diabetes Mellitus, Osteoporosis, Osteoarthritis, and COPD*

Table 3. Treatment Regimen Based on Clinical Practice Guidelines for a Hypothetical 79-Year-Old Woman With Hypertension, Diabetes Mellitus, Osteoporosis, Osteoarthritis, and COPD*

Time	Medications†	Other
7:00 AM	Ipratropium metered dose inhaler 70 mg/wk of alendronate	Check feet Sit upright for 30 min on day when alendronate is taken Check blood sugar
8:00 AM	500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D 12.5 mg of hydrochlorothiazide 40 mg of lisinopril 10 mg of glyburide 81 mg of aspirin 850 mg of metformin 250 mg of naproxen 20 mg of omeprazole	Eat breakfast 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
12:00 PM		Eat lunch 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
1:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler 500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D	
7:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler 850 mg of metformin 500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D 40 mg of lovastatin 250 mg of naproxen	Eat dinner 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
11:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler	
As needed	Albuterol metered dose inhaler	

Boyd, C. M. et al. JAMA 2005;294:716-724.

Le non-médicamenteux

Boyd, C. M. et al. JAMA 2005;294:716-724.

Box. Recommendations Based on Clinical Practice Guidelines for a Hypothetical 75-Year-Old Woman With Hypertension, Diabetes Mellitus, Osteoarthritis, Osteoporosis, and COPD*

Patient Tasks

Joint protection

Energy conservation

Exercise

Non-weight-bearing if severe foot disease present or weight-bearing for osteoporosis

Aerobic exercise for 30 min on most days

Muscle strengthening

Range of motion

Avoid environmental exposures that might exacerbate chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

Wear appropriate footwear

Limit intake of alcohol

Maintain normal body weight (body mass index of between 18.5 and 24.9)

Clinician Tasks

Administer vaccine

Pneumonia

Influenza annually

Check blood pressure at all clinician visits and sometimes at home^a

Evaluate self-monitoring of blood glucose

Foot examination at all clinician visits if neuropathy present; otherwise check feet for protective sensation, structure, biomechanics, vascular status, and skin integrity annually

Laboratory tests

Microlithemias annually if not already present

Creatinine level and electrolytes at least 1 to 2 times per year

Cholesterol levels annually

Liver function biannually

Glycosylated hemoglobin level biannually to quarterly, depending on level of control

Referrals

Physical therapy

Cyberlimb-legs examination

Pulmonary rehabilitation

Dual-energy x-ray absorptiometry scan every other year

Patient education

High-risk foot conditions, foot care, and foot wear

Osteoarthritis

COPD medication and delivery system training

Diabetes mellitus

*For example, footnote in Table 3 for a list of the clinical practice guidelines used.

^aAmbulatory blood pressure monitoring is helpful if "white coat hypertension" is suspected and no target organ damage, apparent drug resistance, hypertensive symptoms with antihypertensive medication, or episodic hypertension.

A retenir

- Faiblesse des preuves de ce qu'il faut faire chez les patients âgés
- N'empêche pas l'action
- Particularité de programmes
 - Gérer les interactions maladie-maladie; maladie-traitement et traitement-traitement et pas seulement la meilleure thérapeutique possible
 - Prendre en compte de façon raisonnable le non-médicamenteux et les interactions de ces actions avec les maladies et les traitements

Les patients âgés et les médicaments : sources des couts de non qualité

Iatrogénie et polymédication

- Un effet secondaire survient chez 4% des patients prenant 5 médicaments par jour
- Un effet secondaire survient chez 10% des patients prenant entre 6 à 10 médicaments par jour
- Un effet secondaire survient chez 28% des patients prenant entre 11 à 15 médicaments par jour
- Un effet secondaire survient chez 54% des patients prenant plus de 16 médicaments par jour

Sous évaluation des effets secondaires

- Attribuer une modification à un médicament n'est pas forcément intuitif (on accuse la maladie) SURTOUT en cas de perte d'autonomie où c'est un médicament qui est donné à autrui (« faire le bien »).
- Les effets secondaires ne surviennent pas forcément précocement
- Les interactions médicamenteuses peuvent révéler un effet secondaire d'un médicament bien toléré jusque là
- Les effets secondaires de changement de doses ou d'arrêt de traitement sont sous évalués
- Les modifications du métabolisme des médicaments peuvent révéler des effets secondaires sans modification de doses

L'automédication

- Peu avouée, d'où un chiffre est très aléatoire (26%¹ à 38%²)
- Pas plus fréquente chez les sujets âgés
- Préoccupante en gériatrie : se surajoute à une liste de médicaments déjà longue
- Elle doit être systématiquement recherchée (interaction médicamenteuse)

La non observance

- Phénomène dont l'ampleur est difficile à évaluer
- Pas de méthode infaillible pour mesurer la quantité de médicaments réellement prise par un patient
- Pas de consensus sur la définition du patient non-observant : « celui qui prend moins de... »
 - 30 ?, 50?, 90% ? de son traitement
- 90 % des cas : sous-consommation de la dose prescrite (seuil – 50 %)
 - intentionnelle dans 70 % des cas

Déterminants de l'observance

- Liés à l'individu
 - Capacités physiques (agilité/formes galéniques) et cognitives
 - Capacités économiques
 - Sexe (H>F), niveau d'étude, Profession , Résidence (Hôpital/MDR > domicile)
 - Représentation de la santé, croyances

Déterminants de l'observance

- Liés au traitement
 - Polymédication
 - Automédication
 - Connaissance du traitement
 - Amélioration des symptômes
 - Effets secondaires
 - Présentation des médicaments
 - L'hospitalisation

Déterminants de l'observance

- Liés aux professionnels de santé
 - Médecins (notamment multiples, explications)
 - Pharmaciens (explications)

Raisons des patients

- Les croyances associées

“ tout va rentrer dans l'ordre lorsque je serai parti en vacances ”

- La mauvaise compréhension de la maladie

“ j'ai arrêté mon traitement depuis que ma tension est redevenue normale ”

- Les préjugés contre les médicaments

“ je ne vais pas me droguer toute ma vie ”

- Les contraintes de la prise en charge au long cours

“ je n'avais plus de médicaments et je n'avais pas le temps de venir chercher une ordonnance ”

Raisons des patients (2)

- **La crainte des effets indésirables**
“ je n’ai pas pris le traitement car j’ai l’estomac fragile ”
- **Le manque de confiance envers le prescripteur :**
“ j’ai lu sur la notice que ce médicament était nouveau et qu’il comportait de nombreux risques ”
- **Les modalités de la prescription du traitement :**
“ j’oublie plus souvent le comprimé du soir que celui du matin ”
- **Les effets secondaires du traitement**
“ je ne le prend pas lorsque je dois sortir car il me fait uriner ”.

Un programme ETP en
Gériatrie ?

Quel programme gériatrique

- Patient âgé (> 65 voire > 75)
- Soit polypathologique
- Soit atteint de troubles cognitifs
- Soit fragile
- Soit en perte d'autonomie
- Si une seule pathologie chronique +0 autres facteurs → programme ETP +/- adapté aux handicaps

Spécificités de l'ETP en Gériatrie

- Impact des déficits sensoriels : adapter la pédagogie
- Impact des troubles cognitifs : stratégie de contournement
- Le groupe à éduquer : la personne et SES aidants parfois le ou les aidants seuls
- Multiples pathologies : multiples spécialistes potentiels avec leurs propres ETP
- Rôle du pharmacien
- MAIS PAR CONTRE
 - Pas de différence a priori d'investissement du rôle d'acteur central de leur propre santé.

Dans quel contexte

- Difficile de faire cela à domicile
- HDJ
- SSR (ou HSJ SSR)
- En médecine aigue (soins transitionnels)

Devenir « aidant »

- Passage insidieux plus souvent que brutal
- Modification du rôle social
- Etre une source de soins → source de bien mais aussi source d'effet secondaire
- Perdre de l'intimité
- Problèmes de l'histoire familiale
- Revendiquer un statut dans la famille/la société
- Réparer des blessures intimes

Accord

- De qui?
 - Du patient (pas toujours éclairé)
 - D'un tuteur (qui ne sera pas toujours l'aidant)
 - De la personne de confiance (idem)
 - De l'aidant (pas toujours légitime)

Avec qui

- Le patient seul (pas toujours efficace)
- L'aidant seul (quelle légitimité)
- Les deux (places de chacun, laissez-le tranquille il est âgé...)

- Le plus souvent en petit groupe ou individuel pour tenir compte des déficits sensoriels

A retenir

- Une population particulière qui nécessite une approche particulière
- Encore bien des questions en suspens y compris éthique et juridique

Quid ? : 30 programmes / 2700 en 2012

TABLEAU II

Thématiques des 30 programmes d'éducation thérapeutique visant spécifiquement les personnes âgées identifiées dans 18 régions de France métropolitaine

n	Thématiques des programmes	Régions concernées (n)
12	Alzheimer/aidants	Aquitaine (1), Champagne (1), Île-de-France (9), PACA (1)
4	Chutes	Aquitaine (1), Pays de Loire (1), Rhône-Alpes (2)
3	Médicaments	Île-de-France (3)
3	Polypathologie	Aquitaine (1), Bourgogne (1), Midi-Pyrénées (1)
2	Dénutrition	Lorraine (1), Midi-Pyrénées (1)
2	Insuffisance cardiaque	Île-de-France (1), Centre (1)
1	Fibrillation atriale	Île-de-France (1)
1	Perte d'autonomie	Pays de Loire (1)
1	Diabète de plus de 60 ans	Bourgogne (1)
1	Prévention/sommeil	Rhône-Alpes (1)

Merci

Pr Dominique Somme

dominique.somme@chu-rennes.fr