

## Spécificités de l'éducation thérapeutique du malade âgé ETP

Capacité - 31 mars 2010

### L'ETP

- C'est : acquérir des compétences pour entretenir et développer son capital santé.
  - Éducation à la santé : la personne est estimée en bonne santé
  - Éducation thérapeutique : le sujet est malade
- Pour un malade atteint de maladie(s) chronique(s) :
  - l'ETP permet d'acquérir une compétence pour savoir mieux gérer une situation-problème dans sa vie quotidienne

## Historique de l'ETP

- 1970...Diabète insulino-dépendant
  - Apprendre aux jeunes diabétiques le maniement de l'insuline
- ↓
- 2009 : Education des malades très âgés polyopathologiques et polymédicamentés
  - Apprendre à mieux gérer sa prise médicamenteuse (« observance »)

## Actualités

- L'ETP existe depuis longtemps en France  
Notamment, dans certains services de spécialités diabétologie, cardiologie (insuffisance cardiaque et AVK), rhumatologie (PR, biothérapies),..
- Elle est soutenue au plan national
  - Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient Saout C. Septembre 2008
  - Plan pour l'amélioration de la qualité de vie de personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011
  - Guide méthodologique HAS-INPES de structuration d'un programme d'ETP dans le champ des maladies chroniques Juin 2007

## Groupe ETP AP-HP

- Cahier des charges pour obtenir une labellisation des équipes
- Conditions :
  - formation à l'ETP des soignants,
  - pluri-disciplinarité,
  - structuration des programmes d'ETP.  
→ Septembre 2010

## Questions autour de l'ETP en gériatrie

- **Les non gériatres**
  - La personne très âgée peut elle être éduquée?
  - Le malade peut il changer de comportement?  
ex régime alimentaire restrictif
- **Les gériatres**
  - Quelle place pour les sujets atteints de maladie d'Alzheimer?  
S'adresser aux aidants (parfois moins fragilisés)?
  - Faut-il focaliser l'ETP sur :
    - des classes médicamenteuses à risque ex AVK
    - certaines maladies graves ex insuffisance cardiaque, BPCO
- **Les généralistes**
  - Comment fait-on avec un malade âgé diabétique et insuffisant cardiaque?

## Questions autour de l'ETP en gériatrie

- Poly-pathologie versus mono-pathologie :  
approche réductrice du « disease management »  
→ approche « patient-centred »
- Quelle place respective pour la part motivationnelle / part informative?
  - Ex Cpap et SAS
  - Ex antidépresseur et observance

## Questions autour de l'ETP en gériatrie

- Mais l'ETP, ...  
....ce n'est pas seulement améliorer l'observance et diminuer la iatrogénie
- L'approche doit être globale  
« disease management »  
→ « patient-management »

## Questions liées au grand âge

- Quels outils?
  - Handicaps sensoriels (vue et audition)
  - Troubles cognitifs
- Qui éduque-t-on?
  - Le malade
  - Avec son aidant et son accord
  - Parfois l'aidant seul

## Questions liées au grand âge

- Qui éduque?
  - Le généraliste et le gériatre
    - Mais comment ? où?
  - Le pharmacien
  - Le spécialiste d'organe ex : le cardiologue

## Point de départ

- Expérience clinique :
  - L'hospitalisation est un moment traumatique et de perte d'autonomie pour le sujet âgé fragile
  - Frustration du soignant : on peut faire mieux et différemment dans la prévention des réhospitalisations !
- Lecture des articles sur les premiers essais cliniques dans l'insuffisance cardiaque (Rich 1995) → c'est en effet possible

## Approche du besoin éducatif

- Entretiens de cinq malades et du fils d'une malade centenaire hospitalisés en court séjour à Bichat (SL)
  - Représentations de la santé actuelle, de la santé dans les semaines ou mois précédant l'admission
  - Connaissances des maladies et des traitements, et l'éventuel besoin de connaître plus
  - Le rapport au médecin généraliste
  - Les projections dans l'avenir

## Résultats

- L'hospitalisation en urgence est une cassure, mais la santé s'est souvent dégradée avant
- Les sujets ne savent pas grand chose de leurs maladies et de leurs traitements, mais sont demandeurs.
- Les sujets font confiance à leur médecin.
- Les sujets sont souvent dépressifs, ont un sentiment d'inutilité.
- Ils réfléchissent à l'entrée en maison de retraite (socialisation et besoins d'être secouru en cas de problème)

→ souvent objet de soins ; demandeurs d'être plus actifs

## Objectif

- Diminuer de 20% à 3 et 6 mois les ré-hospitalisations en urgence ou passages au SAU chez les sujets âgés hospitalisés en court séjour gériatrique (UGA)
- Par une nouvelle intervention
  - centrée sur le patient,
  - multi-facettes,
  - et "one-shot" (sans action après la sortie).

## Méthode

- Essai randomisé contrôlé de 800 malades
- Multi-centrique (6 UGA en Ile de France) avec 4 gériatres formés
- Patients de  $\geq 70$  ans admis consécutivement et suivis pendant 6 mois
- Inclusion 5/2007 -11/2008

## Intervention OMAGE

- Optimisation de la prescription médicamenteuse (PMSA)
- Education thérapeutique (nouveau programme)
- Coordination de soins, dès l'admission et pas seulement à la sortie



## Intervention « patient-centrée »

- 3 thèmes majeurs : problèmes liés au médicament, la dépression et la dénutrition
- Prescription avec PMSA, ACOVE et 5 pathologies ciblées pour l'underuse
- Programme éducatif OMAGE
- Coordination dès l'admission, avec les prescripteurs principaux, l'hospitalisation en aigu n'étant qu'un élément d'un parcours de soins pour le malade âgé.

## Les contraintes de l'essai

- Malades très « acutisés »
  - Aidants pas toujours présents
  - Pressions sur les lits avec une durée de séjour courte
- Important de partir de :  
« là où sont les malades et leurs aidants » et  
tôt après l'admission

## Finalité du programme éducatif

### 1/ OBJECTIF MOTIVATIONNEL

« mettre le malade en mouvement autour de son projet de soins »

### 2/ OBJECTIF INFORMATIF

Information adaptée sur les traitements et les pathologies,  
qui puisse être transmise à la sortie

## Finalité du programme éducatif

- **Acquérir des compétences d'auto-soin**  
Ex 1 : organiser sa prise médicamenteuse pour éviter les oublis  
Ex 2 : adapter son régime alimentaire à la prise de diurétiques ou à sa cardiopathie
- **Acquérir des compétences d'adaptation**  
Ex 1 : avoir confiance en soi dans sa capacité à gérer ses problèmes de santé  
Ex 2 : savoir recourir à son généraliste au bon moment

## Programme éducatif

- Axé spécifiquement sur le patient âgé polypathologique et polymédicamenté
- Education seule de l'aidant : possible
- Formalisé et reproductible  
1 séance = 1 objectif  
1 outil éducatif

## Séquence Prééducatif

- Le recueil de donnée portait sur :
  - Mode de vie / Autonomie
  - Evaluation médicale :  
Résumé des principaux antécédents et des pathologies actuelles,
  - Evaluation systématique :  
poids, nutrition, transit, troubles de déglutition, sommeil, thymie, état cognitif
  - Evaluation des traitements :  
Vaccination, Observance, Iatrogénie, Automédication

## Séquence Prééducative

- **Objectif** : Définir
  - personnes « cibles »
  - thèmes d'éducation prioritaires a priori
  - organisation pratique du programme éducatif
- **Outil** : Evaluation globale à partir :
  - du dossier médical, ordonnances
  - de l'entretien avec le gériatre référent,
  - éventuellement le patient et/ou son aidant

## 5 séquences éducatives

- S 1 : motifs d'hospitalisation, priorités malade / aidant et projection / avenir
- S 2 : le malade est capable d'identifier les éléments de santé qui le concernent, puis les liens entre ces éléments.
- S 3 : le malade est capable d'identifier les signes d'alerte et les situations à risque.
- S 4 : le malade est capable d'identifier ses problèmes de santé, ses traitements et les modalités de son suivi.
- S 5 : « fil rouge » ↔ écoute empathique

## Séquence 1

### Représentations de santé

- **Objectifs :**
  - Identifier les représentations du patient sur sa santé
  - Identifier ses priorités et ses projections / avenir
  - Le faire s'interroger sur les raisons de son hospitalisation
- **Outil :**
  - interrogatoire semi-structuré
- **Qui ?**
  - Le patient / l'aidant (questions adaptables )

## Séquence 1

### Interrogatoire semi-structuré

- A votre avis, qu'est ce qui vous a amené à l'hôpital?
- Comment était votre santé dans les semaines ou mois précédents?
- Comment voyez vous les choses après l'hospitalisation?  
Qu'est ce qui est important pour vous?
- Si vous êtes d'accord, nous allons réfléchir ensemble sur ce que nous pouvons faire pour éviter une nouvelle hospitalisation.

## Séquence 2 : Lien entre les éléments

- **Objectif :**
  - Amener le patient à identifier et à « accepter » l'ensemble des éléments le concernant
  - Le faire réfléchir sur les liens
- **Outil :**
  - Jeu de cartes
- **Qui ?**
  - Patient (en présence éventuellement de l'aidant).

## Séquence 2 : Jeu de cartes

- **46 cartes:**
  - 29 « symptômes »; 12 « maladies »; 5 « traitement, régime »
- **Sélection des cartes :**
  - Éléments de santé qui concernent le patient
  - Dépistage de pathologies peu évoquées par le patient
  - Cartes supplémentaires (« brouillard »)
- **Déroulement de la séance :**
  - 1/ Choix par le patient des cartes qui le concernent
  - 2/ Réflexion avec le malade sur les cartes non prises et qui pourtant le concernent
  - 3/ Interrogation sur le lien entre les différentes cartes

## Jeu de cartes

- Il a eu finalement une autre finalité...  
Identifier des problèmes de santé non perçus  
par le gériatre  
ex dépression , qui pouvaient totalement  
inverser les priorités du projet de soins

## Un exemple

La dépression : repérage,  
diagnostic, pronostic

## Signes d'appel

CARTES SYMPTOMES		J'ai perdu du poids
CARTES SYMPTOMES		Tout m'inquiète
CARTES SYMPTOMES		J'ai du mal à dormir

## Éléments diagnostiques et pronostiques

CARTES SYMPTOMES		Je n'ai plus envie de rien
CARTES SYMPTOMES		Je suis souvent triste
CARTES SYMPTOMES		J'ai des idées noires



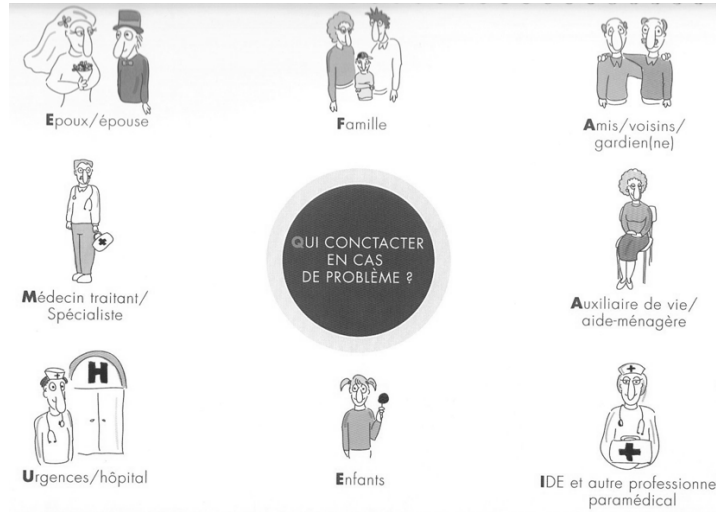
## Pourquoi ?



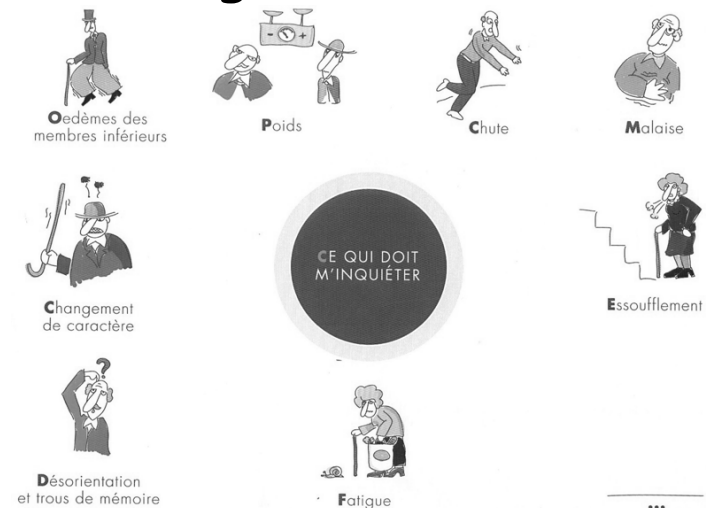
## Séquence 3 : Situations à risque et signes d'alerte

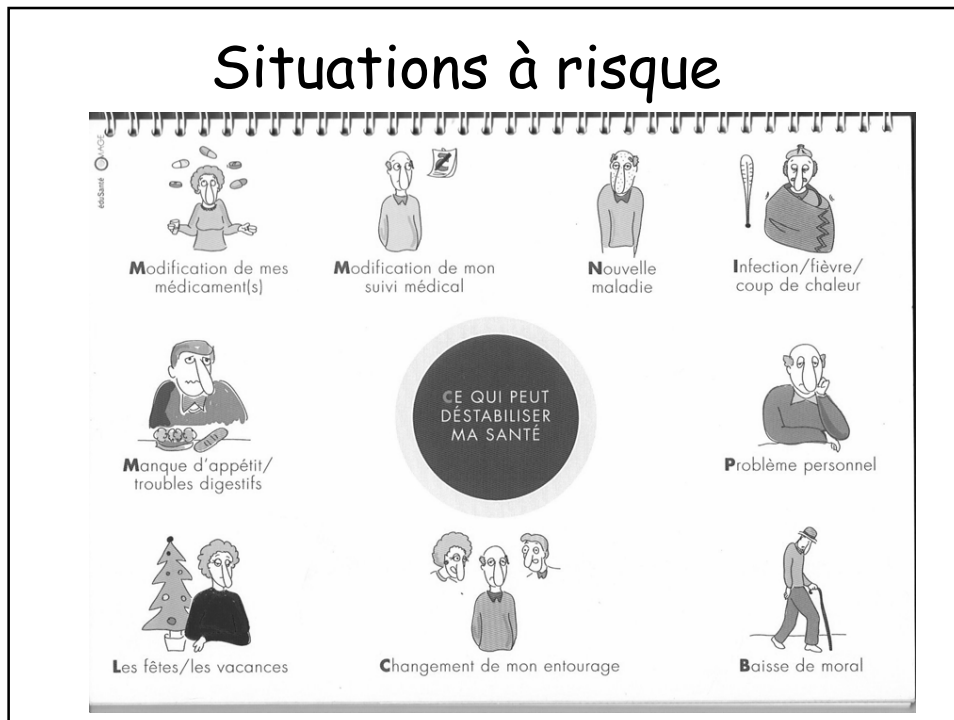
- **Objectif :**
  - prévention de la ré-hospitalisation
  - repérer les situations à risque et les signes d'alerte
  - savoir quand et à qui faire appel avant l'acutisation
- **Outil :**
  - recours à un chevalet (et/ou planches contact)
- **Qui ?** Patient et/ou aidant

## Personnes ressources



## Signes d'alerte






## Séquence 4

### Education / traitements et pathologies

- **Objectif :**
  - Pouvoir gérer le traitement et connaître les critères de surveillance de ses maladies et de ses traitements
- **Qui ?** Patient et/ou aidant.
- **Outils :** Remis personnalisés
  - résumé d'éducation ; grille thérapeutique
  - documents spécifiques
    - situations à haut risque : dénutrition, troubles de déglutition, déséquilibre hydro-sodé et AVK

<p>qui doit m'inquiéter</p>	<p>Ce qui peut déstabiliser ma santé</p>	 <p>M : ..... Date : .....</p>
<p>↓</p> <p><b>Qui dois-je contacter ?</b></p>		<p><b>Mes problèmes de santé et Mes traitements</b></p>
<p>Médecin(s) : .....</p>		
<p>Autre(s) : .....</p>		

Mes problèmes de santé	Mes traitements	Moyens de surveillance	Remarques

## Résultats (en cours de soumission donc sous embargo++)

Arrêt prématuré de l'essai,  
seulement 665 malades inclus  
sur les 800 prévus

### Caractéristiques de la population à l'inclusion

	<i>Usual care</i> N= 348	<i>Intervention</i> N=317
Age mean (SD), y	86.4 (6.3)	85.8 (6.0)
Female no (%)	217 (62.7)	221 (69.7)
Living alone no (%)	180 (51.2)	167 (52.6)
IADL <4 no (%)	290 (84.5)	251 (80.4)
ADL <5 no (%)	123 (35.9)	105 (33.7)
Weight mean (SD), kg	63.7 (15)	62.5 (14.1)
Creatinine clearance mean (SD), ml/min	45.8 (20.2)	46.0 (19.1)
Number of chronic disease mean (SD)	3.3 (1.64)	3.6 (1.63)
Medical history no (%)		
- Dementia	77 (22.1)	69 (21.8)
- Stroke	44 (12.6)	49 (15.5)
- Hypertension	227 (65.2)	212 (66.9)
- Heart failure	52 (14.9)	50 (15.8)
- Coronary artery disease	99 (28.5)	93 (29.3)
- Arrhythmia	79 (22.7)	85 (26.8)
- Diabetes mellitus	51 (14.7)	53 (16.7)
Daily chronic medications mean (SD)	6.7 (3.4)	7.0 (3.2)
Discharge at home or nursing home no (%)	189 (54.3)	181 (57.1)

## Intervention (1)

93 % patients (complète 64 % vs, incomplète 36 %)  
Durée : 3h30 (P=70 min - E=99 min - C=44 min).

### • Prescription

	Groupe contrôle N = 348	Intervention N =317	<i>p</i>
Médicaments chroniques quotidiens à la sortie No (SD)	7.2 (2.9)	7.0 (2.7)	0.4 6
Médicaments chroniques quotidiens arrêtés No (SD)	2.5 (2.0)	2.7 (2.1)	0.2 9
Médicaments chroniques quotidiens introduits No(SD)	3.0 (2.1)	2.9 (2.0)	0.5 3

Proposition d'au moins une modification majeure de traitement : 78%  
Nombre moyen de propositions : 2 / patient  
Modifications rejetées par le gériatre de l'UGA : 39,2 % patients  
(inutile 71.7 %)

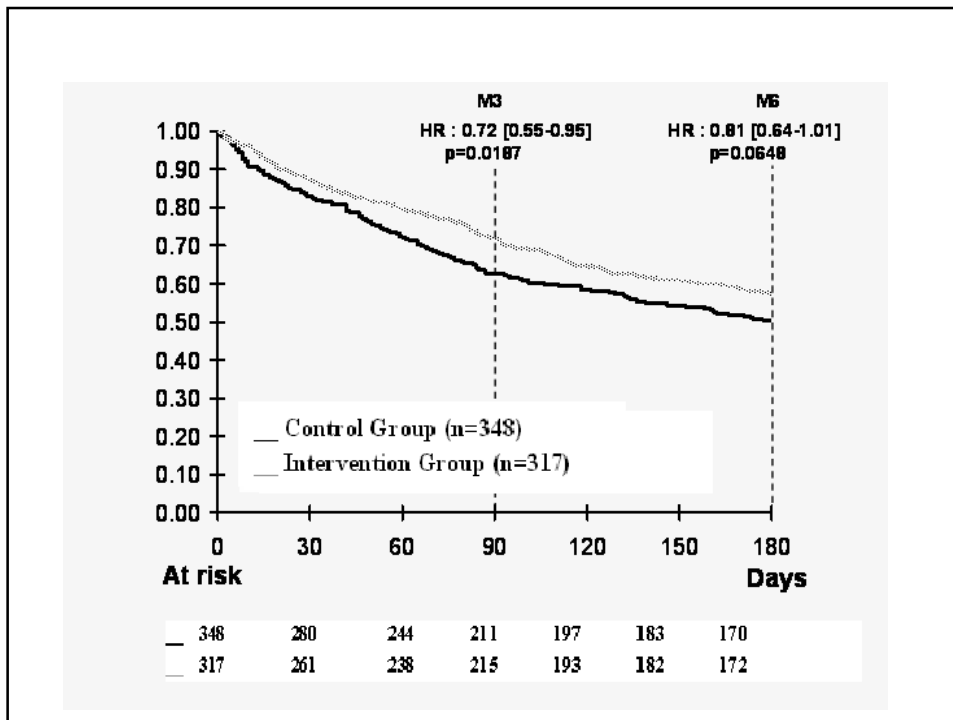
## Intervention (2)

### • Education

- 92% patients ont reçu le programme éducatif
- 68% patient-centré vs 32% aidant
- Composante motivationnelle = Informative
- Thèmes majeurs : nutrition - effets secondaires - signes d'alerte

### • Coordination

- avec le MG et les professionnels de santé (MG ; spécialistes)
- dès l'admission, pour les modifications majeures de prescription



## Conclusion (ETP)

- Les atouts de la gériatrie :
  - une vision systémique par essence
  - une analyse holistique de la personne
  - Une expérience ancienne du travail en équipe pluridisciplinaire

## Conclusion (ETP)

- Mais...
  - Peu de personnes formées
  - Peu de temps disponible
  - quelle place pour le généraliste?  
Le généraliste est le pivot du parcours de soins est demandeur mais n'a pas le temps
- Un risque : brader l'ETP

## Améliorer le soin des sujets âgés ayant des maladies chroniques

- Proposition de six principes autour d'un nouveau concept du soin
- Un soin personnalisé; en accord avec les meilleures pratiques du moment; à plusieurs ; coordonné ; qui prend en compte l'environnement social du patient;
- Les sujets âgés doivent être impliqués comme des **partenaires actifs**, (sauf s'ils sont trop vulnérables physiquement ou psychiquement) : ex capacité à gérer des situations chroniques et des prises de décision.

La famille et les amis sont souvent associés.

Reuben Editorial JAMA 12 décembre 2007