

Le chaînon manquant dans le traitement du syndrome coronarien aigu : l'éducation thérapeutique

P.-F. Keller^a, A. Golay^b, R. Lerch^c, F. Mach^c

La prise en charge des syndromes coronariens aigus (SCA) s'est considérablement développée au cours des 20 dernières années. Le taux de mortalité reste néanmoins élevé (>10% à 6 mois) ¹.

Les recommandations internationales dédiées à la prise en charge des patients souffrant d'un SCA ont contribué à uniformiser les traitements hospitaliers et à harmoniser les prescriptions médicales à la sortie de l'hôpital pour améliorer ainsi la qualité des soins et diminuer les récurrences d'événements et les complications ².

Malgré ces avancées thérapeutiques, un patient sur 7 présente une récurrence d'événement cardiovasculaire fatal ou non fatal dans les 12 mois qui suivent un SCA ³ (Figure 1).

Quelles en sont les causes? D'une part l'athérosclérose est une maladie chronique et donc à priori évolutive même si les médicaments recommandés à long terme ont démontré une diminution du risque d'événements aigus voire même une certaine régression de la plaque; d'autre part une proportion considérable de patients interrompent leurs traitements. En effet, environ 30% des patients arrêtent partiellement ou complètement de prendre leurs médicaments dans les 4 semaines qui suivent leur sortie de l'hôpital et plus du tiers de ceux-ci (12%) arrêtent tous les traitements ce qui conduit à une augmentation significative de la mortalité (>80%) à un an ⁴.

Quelles sont les raisons d'arrêter un traitement? Elles sont multiples et complexes. En effet, la motivation d'un patient à respecter un traitement à long terme dépend de multiples facteurs : sa compréhension de la maladie, les risques qu'il encoure, sa motivation à prendre soin de sa santé et ses convictions personnelles.

De plus, la présence de symptômes chroniques est également dans l'observance thérapeutique. Or l'athérosclérose est le plus souvent asymptomatique à l'ère de la revascularisation précoce des SCA.

L'observance thérapeutique à long terme constitue un défi majeur aux progrès thérapeutiques de la prévention de l'athérosclérose et de ses complications aiguës que sont l'infarctus du myocarde et l'accident vasculaire cérébral (AVC). Elle est clairement insuffisante et conditionne définitivement le pronostic à un an déjà ⁴. Comment améliorer l'observance thérapeutique des patients souffrant d'athérosclérose? Le chaînon manquant dans la prise en charge du patient avec un SCA est tout simplement : l'éducation thérapeutique du patient. Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique? Selon la définition de l'OMS ⁵ :

« L'éducation thérapeutique du patient doit permettre aux patients d'acquérir et de conserver les compétences les aidant à vivre de manière optimale avec leur maladie. Il s'agit d'un processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique, concernant la maladie et le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles, et les comportements de santé et de maladie. L'éducation thérapeutique vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie ». Cette définition explique pourquoi l'éducation thérapeutique n'est pas si « simple »!

En effet, l'éducation thérapeutique agit sur plusieurs dimensions personnelles qui influencent le comportement du patient face à sa maladie et à son traitement (Figure 2).

Les dernières recommandations de la société européenne de cardiologie sur la prise en charge des SCA parues en juin 2007 précisent qu'il est important de bien conseiller les patients dans leurs traitements et dans les règles d'hygiène de vie à long terme pour éviter ainsi une récurrence de SCA ⁶. Cependant, les termes « conseils » et « recommandations » sont seuls formulés alors que l'éducation thérapeutique est très probablement la seule approche efficace pour améliorer l'observance thérapeutique dans le cadre d'une maladie chronique telle que l'athérosclérose.

L'éducation thérapeutique a initialement été développée pour les patients diabétiques puis dans d'autres domaines de maladies chroniques et plus récemment en cardiologie. Dans ce domaine, c'est l'insuffisance cardiaque qui a bénéficié en premier lieu des effets favorables de l'éducation thérapeutique avec une réduction significative des taux de ré-hospitalisations et ceci grâce à une éducation hospitalière prodiguée par le personnel soignant⁷. De plus une réduction significative de la mortalité a été démontrée au moyen d'un suivi spécialisé multidisciplinaire après la sortie de l'hôpital⁷.

Dans le domaine des SCA, seul un programme d'information thérapeutique hospitalier a déjà montré des bénéfices statistiquement significatifs sur l'observance thérapeutique, sur la diminution des récurrences d'infarctus et sur la mortalité⁸ (Figure 3) alors qu'il n'intègre pas la dimension éducationnelle.

L'éducation thérapeutique représente donc le chaînon manquant des cibles thérapeutiques du SCA et de l'athérosclérose. Afin de combler cette lacune, nous avons développé le programme *ELIPS*® dans le service de cardiologie des Hôpitaux Universitaires de Genève avec comme clé de voûte un film DVD traduit en plusieurs langues et une formation spécialisée du personnel soignant pour interagir avec le patient sur un mode d'écoute motivationnelle.

En résumé, la promotion de l'éducation thérapeutique permettra d'exploiter pleinement les progrès thérapeutiques dans le cadre des SCA, et ceci bien au-delà du cadre de l'hospitalisation, afin de réduire encore les récurrences d'événements cliniques liés à l'athérosclérose.

Un risque important de récurrence

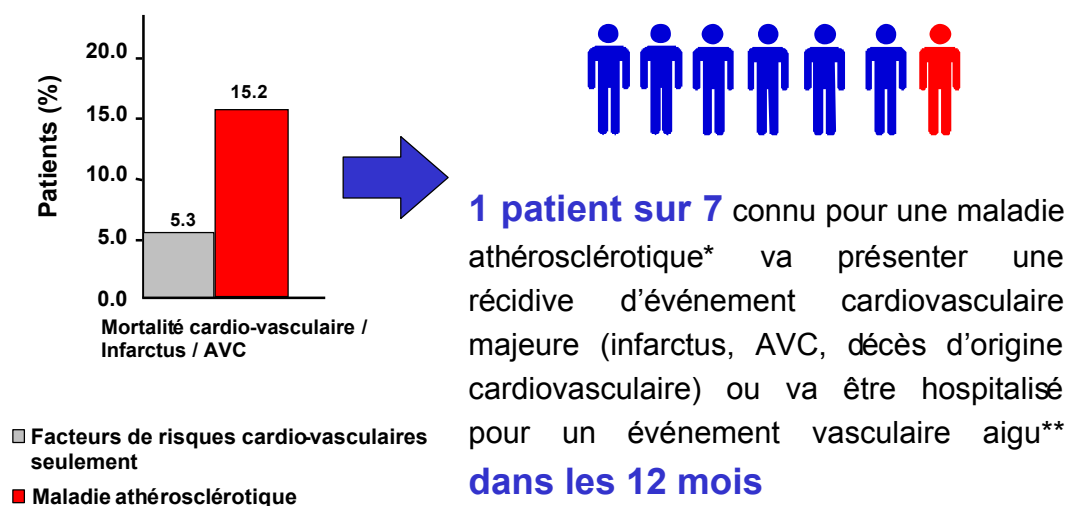


Figure 1 : Taux de récurrence d'événements aigus liés à l'athérosclérose (mortalité cardiovasculaire, infarctus, AVC) chez des patients avec 3 facteurs de risques cardiovasculaires sans maladie vasculaire avérée ou chez des patients avec une maladie athérosclérotique avérée.

* maladie coronarienne (stable, instable ou infarctus), AVC, maladie artérielle périphérique.

** Accident cérébral ischémique transitoire, angor instable ou aggravation d'une maladie vasculaire périphérique.

D'après P. G. Steg. JAMA. 2007; 297(11):1197-1206

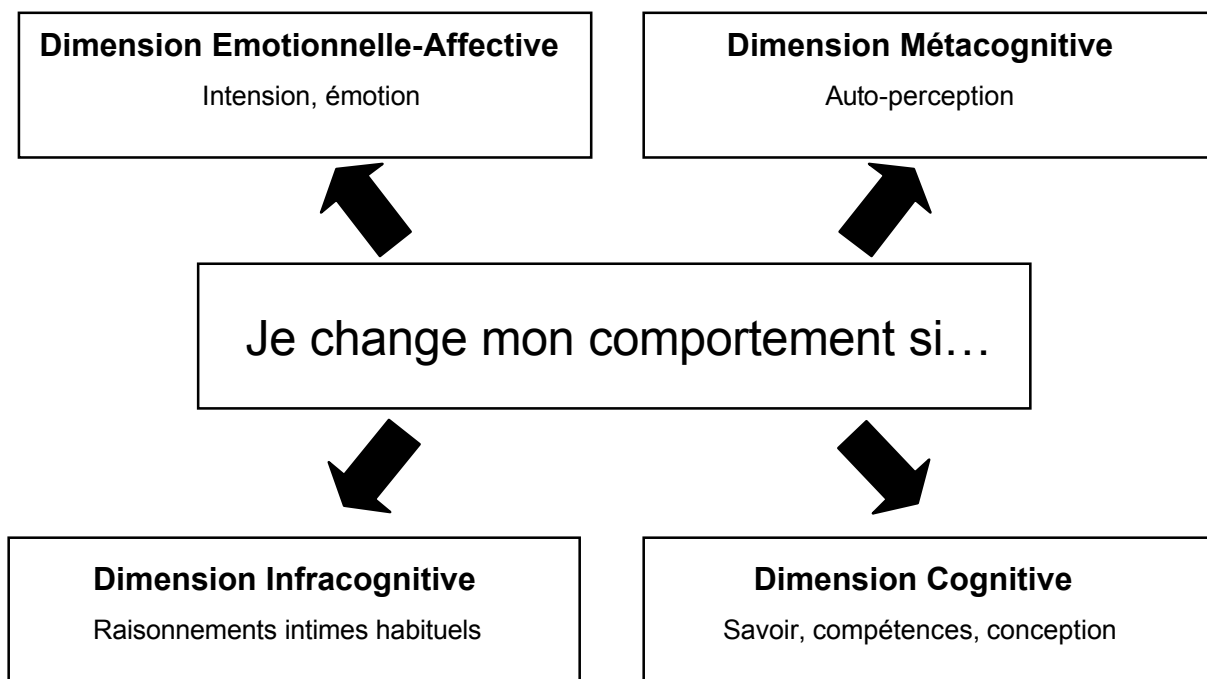


Figure 2 : Facteurs émotionnels et cognitifs qui influencent l'observance thérapeutique. *D'après A. Golay. Médecine des Maladies Métaboliques. Vol 1. p. 8-15. Une éducation thérapeutique en 4 dimensions pour diminuer la résistance aux changements des patients obèses.*

Influence d'un programme d'information hospitalier sur les récurrences d'événements à 1 an

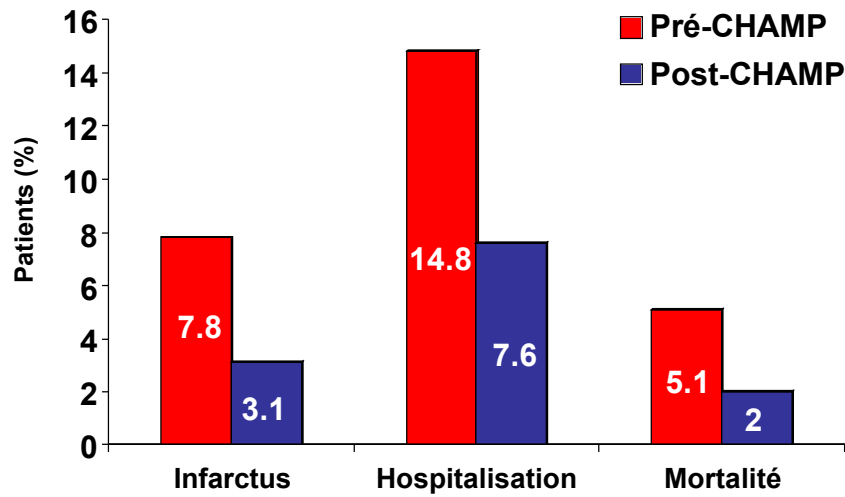


Figure 3 : Impact du programme d'information CHAMP, adressé aux patients hospitalisés pour un infarctus, sur la récurrence d'événement à un an.

D'après G. C. Fonarow. Am J Cardiol. 2001; 87:819-822.

Bibliographie :

1. Savonitto S, Ardissino D, Granger CB, Morando G, Prando MD, Mafrici A, Cavallini C, Melandri G, Thompson TD, Vahanian A, Ohman EM, Califf RM, Van de Werf F, Topol EJ. Prognostic Value of the Admission Electrocardiogram in Acute Coronary Syndromes. *Vol 281*; 1999:707-713.
2. Peterson ED, Roe MT, Mulgund J, DeLong ER, Lytle BL, Brindis RG, Smith SC, Jr., Pollack CV, Jr., Newby LK, Harrington RA, Gibler WB, Ohman EM. Association between hospital process performance and outcomes among patients with acute coronary syndromes. *Jama*. Apr 26 2006;295(16):1912-1920.
3. Steg PG, Bhatt DL, Wilson PW, D'Agostino R, Sr., Ohman EM, Rother J, Liau CS, Hirsch AT, Mas JL, Ikeda Y, Pencina MJ, Goto S. One-year cardiovascular event rates in outpatients with atherothrombosis. *Jama*. Mar 21 2007;297(11):1197-1206.
4. Ho PM, Spertus JA, Masoudi FA, Reid KJ, Peterson ED, Magid DJ, Krumholz HM, Rumsfeld JS. Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction. *Arch Intern Med*. Sep 25 2006;166(17):1842-1847.
5. *Therapeutic patient education. Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO working group.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (document EUR/ICP/QCPH 01 01 03 Rev.2; <http://www.euro.who.int/document/e63674.pdf>, accessed 30 September 2005).
6. Bassand JP, Hamm CW, Ardissino D, Boersma E, Budaj A, Fernandez-Aviles F, Fox KA, Hasdai D, Ohman EM, Wallentin L, Wijns W, Vahanian A, Camm J, De Caterina R, Dean V, Dickstein K, Filippatos G, Kristensen SD, Widimsky P, McGregor K, Sechtem U, Tendera M, Hellemans I, Gomez JL, Silber S, Funck-Brentano C, Kristensen SD, Andreotti F, Benzer W, Bertrand M, Betriu A, De Caterina R, DeSutter J, Falk V, Ortiz AF, Gitt A, Hasin Y, Huber K, Kornowski R, Lopez-Sendon J, Morais J, Nordrehaug JE, Silber S, Steg PG, Thygesen K, Tubaro M, Turpie AG, Verheugt F, Windecker S. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology. *European heart journal*. Jul 2007;28(13):1598-1660.
7. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJV. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: A systematic review of randomized trials. *Journal of the American College of Cardiology*. 2004;44(4):810-819.
8. Fonarow GC, Gawlinski A, Moughrabi S, Tillisch JH. Improved treatment of coronary heart disease by implementation of a Cardiac Hospitalization Atherosclerosis Management Program (CHAMP). *The American Journal of Cardiology*. 2001;87(7):819-822.

^a Service de cardiologie et service des soins intensifs
Hôpitaux Universitaires
24 Rue Micheli-du-Crest 24
1211 Genève 14
pierre-frederic.keller@hcuge.ch

^b Service d'enseignement thérapeutique pour les maladies chroniques
Hôpitaux Universitaires
24 Rue Micheli-du-Crest 24
1211 Genève 14

^c Service de cardiologie
Hôpitaux Universitaires
24 Rue Micheli-du-Crest 24
1211 Genève 14