

Éducation thérapeutique des personnes âgées polypathologiques : quelle approche ?*

S. Legrain^{1,2}, D. Bonnet-Zamponi^{3,4}, P. Saint-Gaudens⁵,

La pratique clinique, comme la littérature, nous montre que les sujets âgés connaissent mal leurs maladies ; qu'ils ont des difficultés d'observance avec leurs traitements, même en l'absence de troubles cognitifs ; qu'ils ont du mal à se repérer dans leurs parcours de soins, souvent émaillés de ruptures : annonce d'une nouvelle maladie, hospitalisation, changement de médecin traitant lié aux vacances ou à un départ à la retraite... Quatre facteurs de risque d'hospitalisation évitable ont été mis en évidence chez le sujet âgé : les problèmes liés au médicament (notamment l'iatrogénie et les difficultés d'observance), la dénutrition, la dépression et les chutes. Ces constats soulignent l'importance de permettre à un malade âgé de bénéficier de l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

L ETP permet au patient d'acquérir des compétences pour mieux gérer sa (ses) maladie(s) et ses traitements au quotidien. Le besoin en ETP est ainsi très élevé chez les patients polypathologiques et donc chez les sujets âgés (**encadré 1**). Les programmes en ETP, seuls (1) ou intégrés dans une intervention multifacette (2) – c'est-à-dire couplés à une optimisation des traitements et à une coordination renforcée avec les acteurs de ville –, ont démontré leur efficacité clinique dans certaines pathologies, comme l'insuffisance cardiaque : diminution des complications et des hospitalisations, amélioration de la survie. Néanmoins, l'ETP d'un sujet polypathologique ne peut être l'addition des programmes correspondant à chaque maladie : cela conduit au contraire à une

fragmentation du soin, à des messages conflictuels (par exemple le régime hyposodé chez l'insuffisant cardiaque dénutri) et finalement s'avère contre-productif.

L'ETP d'un patient polypathologique ne peut être l'addition des programmes dédiés à chaque maladie

Ainsi, la personne âgée polypathologique questionne l'éducation thérapeutique : est-il possible d'aborder spécifiquement la polypathologie d'un point de vue éducatif ? Autrement dit, y a-t-il des besoins éducatifs communs à des personnes ayant comme seules caractéristiques communes leur âge et le fait d'avoir plusieurs maladies, ces dernières étant différentes ? Si oui, comment aborder ces besoins, en prenant en compte notamment les différents handicaps possibles de ces personnes (troubles sensoriels, perte d'autonomie, etc.) ? Nous traiterons ici de ces problématiques pour les personnes âgées sans troubles cognitifs ou ayant des troubles légers à modérés, l'éducation thérapeutique des aidants de personnes atteintes de troubles cognitifs sévères rentrant dans un autre cadre.

Des points communs pour la construction de l'approche éducative de la personne polypathologique

Trois constats peuvent être faits concernant les patients âgés polypathologiques, permettant de dessiner de grands axes pour une approche éducative.

L'incorporation des préférences de la personne

La polypathologie est rarement intégrée dans les options thérapeutiques, alors qu'elle accroît la marge d'incertitude

Encadré 1. Vieillesse et polypathologie.

Le vieillissement s'accompagne d'une prévalence plus élevée des maladies chroniques et donc de polypathologies. Les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)* montrent que 85 % des personnes de 75 ans et plus ont au moins une pathologie et 57 % sont en affection de longue durée (ALD). La polypathologie s'accompagne d'une polymédication et souvent d'une vulnérabilité physique, psychique et/ou sociale. Ainsi, un événement intercurrent peut-il entraîner à lui seul une décompensation en cascade des pathologies. Les personnes polypathologiques ont souvent une moindre qualité de vie, une moindre autonomie, un plus grand recours aux soins et une plus grande mortalité.

*Mounier Céline, Waquet Cécile. Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie : rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes, juin 2013, accessible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000378/?xtor=EPR-696>

¹ Université Paris-Diderot, Sorbonne-Paris-Cité, UFR de médecine, Paris.

² Agence régionale de santé Île-de-France, Paris.

³ OMEDIT (Observatoire des Médicaments Dispositifs médicaux et Innovations Thérapeutiques), Île-de-France.

⁴ Hôpital Bichat, département d'épidémiologie et de recherche clinique, AP-HP, Paris.

⁵ Infirmière Parcours 18, hôpital Bretonneau, AP-HP, Paris.

* Cet article a déjà été publié dans la revue *Le concours médical* 2013 ; 135(8):619-23, sous le même titre.

des décisions. Idéalement, dans les situations complexes (donc systématiquement en cas de pathologies multiples), tous les patients devraient :

- être avertis qu'il y a un choix ;
- être informés sur les effets attendus de chaque option ;
- avoir l'opportunité d'exposer leur point de vue au médecin indépendamment de leur désir ou non de participer à la décision (3, 4).

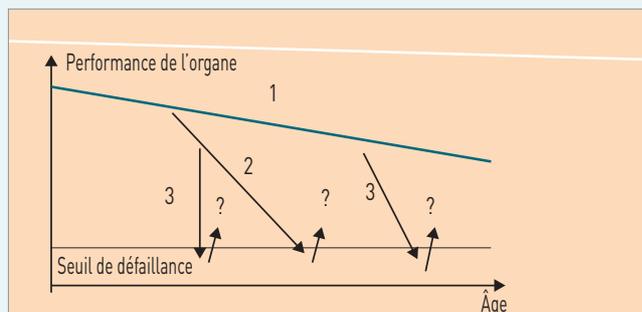
Une étude observationnelle a mis en évidence que, lors de l'établissement du plan de soins, l'attention aux besoins et au contexte spécifiques du patient versus une attention portée uniquement sur un plan médical est associée à un meilleur pronostic clinique (5). L'expérience clinique, comme la littérature (6, 7), démontre que les personnes âgées ne sont pas différentes des personnes plus jeunes : elles sont capables et le plus souvent désireuses d'exprimer, d'une part, leurs préférences et leurs valeurs générales (par exemple la volonté du maintien au domicile, le désir d'autonomie avant tout, etc.), d'autre part, leur priorité de santé "du moment" (par exemple la prise en charge d'un symptôme prioritairement à tous les autres, comme une douleur du genou, un essoufflement inhabituel, une peur de la chute, etc.). En effet, un patient sera passif dans sa prise en charge non pas parce qu'il est âgé, mais parce qu'il sent que les professionnels ne cherchent pas à l'impliquer. Chercher à mettre en évidence les valeurs et priorités du patient âgé est incontournable pour donner du sens au projet de soins,

hiérarchiser avec pertinence les axes thérapeutiques et séquencer les actions. Cette première étape est donc une composante essentielle de tout plan de soin ; elle permet aussi de promouvoir un "rôle actif" du patient, objectif central de toute ETP. Ce rôle peut recouvrir différents concepts : choisir, décider et/ou participer, la participation du patient pouvant varier d'un simple accord aux recommandations médicales à une discussion approfondie comparant les compromis spécifiques aux différentes options (8).

L'explication des concepts de décompensation en cascade et de décompensation fonctionnelle

Les personnes âgées polypathologiques connaissent peu leurs maladies et elles ignorent les liens pouvant unir ces dernières. Notamment, il est rare qu'un patient âgé connaisse les 2 concepts gériatriques qui explicitent ces liens : celui de "décompensation en cascade des pathologies" et la théorie du "1(+2)+3" de Bouchon (encadré 2). Pourtant, les comprendre peut permettre au patient d'adhérer plus volontiers aux thérapeutiques proposées. Par exemple, un patient âgé hospitalisé pour une fracture du col du fémur acceptera plus facilement de suivre une psychothérapie et de modifier son alimentation s'il a compris que sa chute est liée à une sarcopénie dans un contexte de dénutrition, elle-même causée par une dépression sévère. De même, un patient comprendra plus

Encadré 2. Théorie du 1 (+ 2) + 3.



Défaillance viscérale chez le sujet âgé. Analyse des performances d'un organe chez un sujet âgé, sous l'effet du vieillissement (1), des pathologies de l'organe (2) et des affections intercurrentes (3), avec ou sans traitement spécifique (?). D'après J.P. Bouchon, 1984

✓ Exemple de situation associant

1 + 2 + 3 : un patient âgé avec une maladie d'Alzheimer débutante peut devenir subitement confus en raison d'une pyélonéphrite (facteur 1 = vieillissement normal du cerveau, facteur 2 = maladie chronique du cerveau, facteur 3 = infection).

✓ La situation associant 1 + 3 est

spécifique du vieillissement. Ainsi, sans pathologie d'organe, la survenue d'un événement intercurrent peut entraîner, à lui seul, une décompensation d'organe. La prise en charge de l'événement, qui peut être "mineur" chez les nonagénaires, permet souvent, en l'absence de pathologie d'organe, de retrouver un organe fonctionnel.

- **Exemple n° 1 : un syndrome confusionnel** (ou décompensation cérébrale aiguë) peut résulter d'un vieillissement cérébral et d'un facteur déclenchant : tachyrythmie par fibrillation auriculaire, prise d'un psychotrope ou d'un anticholinergique, hyponatrémie, infection, stress environnemental telle une agression, etc., et ce, même en l'absence de pathologie neurologique ou psychiatrique chronique.
- **Exemple n° 2 : une insuffisance rénale aiguë** peut résulter d'une réduction néphronique liée à l'âge et d'un facteur déclenchant, telle une déshydratation, une anémie liée à une hémorragie digestive, la prise d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC), etc.
- **Exemple n° 3 : une insuffisance cardiaque gauche** peut résulter d'un vieillissement cardiaque et d'un facteur déclenchant, tel un passage en tachyrythmie par fibrillation auriculaire, une infection fébrile, une surcharge sodée lors d'une préparation colique pour coloscopie, etc.

volontiers qu'il faut surveiller de façon rapprochée son poids lors de tout épisode infectieux s'il a compris que ce dernier pouvait décompenser son insuffisance cardiaque et/ou déstabiliser son traitement diurétique. Ainsi, l'ETP devrait comporter un apprentissage simple de ces liens pour pouvoir expliciter les thérapeutiques, les moyens de surveillance et les stratégies préventives à mettre en œuvre par le patient.

L'importance de l'ETP lors des situations de transition entre deux lieux de soins

La typologie du parcours de santé est aussi un point commun aux patients âgés polyopathologiques. Le parcours de ces patients est en général plus complexe et chaotique que celui de patients plus jeunes ou

atteints d'une seule maladie chronique : les intervenants aussi bien médicaux que paramédicaux sont multiples, et le parcours est souvent émaillé d'hospitalisations en urgence et/ou programmées. Ces hospitalisations induisent la plupart du temps une (des) modification(s) de prise en charge et, à chaque fois, un risque de rupture pouvant compromettre gravement la sécurité du patient, en particulier lorsque celui-ci est en "transition" entre 2 lieux de soins (hôpital-domicile, changement de services hospitaliers, etc.) [9, 10]. Ainsi apparaît ici la nécessité d'une ETP qui s'adapte tout au long du parcours, avec notamment des renforcements lors des transitions hôpital-ville en impliquant et fédérant l'ensemble des nombreux professionnels intervenant auprès du patient. Ceci a conduit à individualiser un volet ETP dans le plan personnalisé de santé (PPS) pour les malades âgés en situation complexe.

Encadré 3. Le programme OMAGE : quatre séquences individuelles.

Les 2 premières séquences visent à s'accorder avec le patient sur l'ensemble des éléments de santé le concernant et sur les liens unissant ces éléments via l'utilisation d'un jeu de cartes (*illustration ci-contre*). Au terme de ces 2 séquences, le patient et l'éducateur s'accordent sur les priorités de santé qui vont structurer le plan de soins et d'aide. Les 2 dernières séquences visent à s'accorder avec le patient sur les éléments de son suivi, et notamment sur la manière dont seront détectés et gérés les signes d'alerte et les situations à risque de décompensation de ses maladies et/ou de ses traitements. Les compétences visées par ce programme ont été listées dans un référentiel (*tableau 1*).

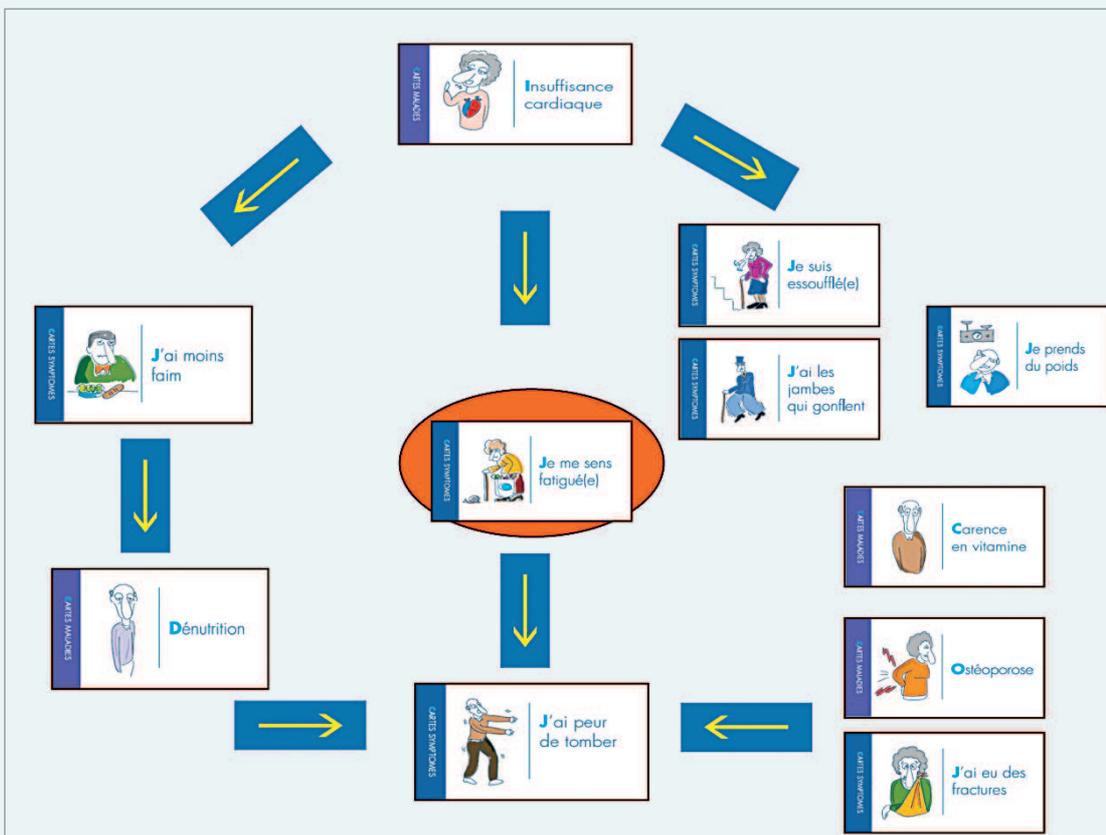


Tableau 1. Extrait du référentiel de compétences du programme OMAGE.

Compétences emblématiques		Objectifs spécifiques : exemples Que le malade soit capable de...
1	Connaître et s'expliquer les liens entre ses symptômes et ses maladies et entre ses maladies	Expliquer les liens entre ses symptômes et ses maladies
2	Connaître et s'expliquer les liens entre ses maladies et ses traitements	Citer les traitements pour chaque pathologie ou problème de santé
		Citer les alternatives non médicamenteuses pour chaque pathologie ou problème de santé
3	Réagir de façon précoce aux signes d'alerte de déstabilisation de ses maladies et/ou de ses traitements	Citer les signes d'alerte cliniques de déstabilisation de son état de santé et/ou de ses traitements
		Expliquer les moyens de surveillance biologique de ses maladies et de ses traitements
		Planifier la prise de rendez-vous des examens de surveillance
4	Réagir aux situations à risque de déstabilisation de ses maladies et/ou de ses traitements	Citer les événements intercurrents susceptibles de déstabiliser son état de santé et/ou son traitement
		Expliquer à son entourage les événements intercurrents à risque de déstabilisation de son état de santé
		Décrire la conduite à tenir en cas d'événements intercurrents
		Contacteur la ressource adéquate au bon moment en cas d'événement intercurrent

OMAGE : un exemple de programme en ETP spécifiquement dédié aux personnes âgées polypathologiques

Le risque de réhospitalisation est très élevé pour des malades admis en urgence en gériatrie aiguë (40% de réhospitalisations à 6 mois, dont 40% liées à des accidents iatrogènes) [11]. Le programme éducatif OMAGE (Optimisation des Médicaments chez les personnes AGÉes) [12] est une composante d'un nouveau soin transitionnel visant à améliorer la sortie de patients admis en gériatrie pour une situation aiguë. Cette intervention est composée également d'une optimisation de la prescription et de la coordination entre professionnels. Elle intègre la polypathologie et se focalise sur 3 facteurs de risque d'hospitalisation évitables : la dépression, la dénutrition et les problèmes liés au médicament. Les facettes d'optimisation diagnostique et thérapeutique de l'ensemble des maladies chroniques du patient, en concertation étroite avec le médecin traitant, sont un prérequis au programme éducatif, qui est composé de quatre séquences individuelles [11] [encadré 3, p. 15].

L'efficacité de cette intervention a été démontrée par un essai multicentrique randomisé contrôlé [13] chez des patients hospitalisés en urgence dans 6 unités gériatriques aiguës : l'intervention éducative a été associée à une réduction de près de 30% des patients réhospitalisés à 3 mois. Actuellement, à titre expérimental et dans une logique de parcours, le programme éducatif OMAGE est prolongé au domicile du patient, via l'intervention d'un infirmier.

Bien entendu, ce programme OMAGE ne résume pas l'ETP destinée aux patients âgés polypathologiques, qui peuvent avoir besoin de séances complémentaires sur une thérapeutique, une maladie en particulier, mais il permet de conférer une cohérence à ce qui sera proposé en ETP au patient, sa priorité étant respectée et son suivi étant synthétisé (et non "morcelé" par maladie). L'expérience du programme OMAGE montre l'intérêt d'initier le programme éducatif lors du séjour hospitalier pour accroître la motivation du patient et/ou celle de son aidant. En effet, ceux-ci redoutent une réhospitalisation en urgence et sont, de ce fait, très réceptifs aux messages, malgré leur fatigue. Mais il est tout aussi primordial de prolonger cette éducation en ville, au plus près de la réalité du patient à son domicile, pour lui permettre une réelle appropriation des compétences visées dans son quotidien (tableau 2). D'où l'importance d'un suivi à domicile par un infirmier, actuellement expérimenté dans 2 territoires pilotes franciliens.

Reste la question de la formation des professionnels et des moyens

Proposer une ETP spécifiquement dédiée aux patients âgés polypathologiques est théoriquement faisable, efficace, et donne du sens à la prise en charge. Le défi est maintenant que cette ETP adaptée au patient polypathologique puisse bénéficier au plus grand nombre de patients, tout au long de leur parcours et puisse reposer sur des personnels formés. Ceci nécessite de promouvoir la formation des professionnels afin que la "posture éducative",

Tableau 2. Autres compétences, fréquentes en situation de polyopathie.

Compétences		Objectifs spécifiques : exemples Que le malade soit capable de :
5	Gérer son traitement au quotidien	Planifier la prise des médicaments
		S'administrer de façon adéquate chacun de ses traitements
		Décrire ses stratégies pour ne pas oublier son traitement
		Citer les médicaments contre-indiqués avec ses traitements
6	Gérer son traitement antivitamine-K au quotidien (cf. référentiel spécifique)	Décrire sa méthode pour ne pas oublier son traitement
		Repérer ses activités de la vie quotidienne à risque hémorragique
		Citer le nom du(des) médicament(s) pouvant être pris en cas de douleur
7	Mettre en œuvre une alimentation adaptée à sa (ses) pathologie(s)	
8	Mettre en œuvre une activité physique adaptée à sa (ses) pathologie(s)	

clé de voûte du soin centré sur le patient, devienne la norme. Ceci nécessite également de travailler à différentes modalités d'implémentation de l'ETP selon la situation où se trouve le patient et les contraintes en temps et en personnel (depuis des séquences d'"ETP flash" compatibles avec les soins de premier recours à des séances

longues telles que celles proposées via OMAGE). Autant de problématiques actuellement non résolues. Malgré tout, l'expérience montre que des personnes très âgées polyopathologiques sont capables d'être des "partenaires actifs", pourvu qu'elles soient informées, éduquées et finalement impliquées.

Références bibliographiques

- Ditewig JB, Blok H, Havers J et al. Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic heart failure: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2010;78(3):297-315.
- Gonseth J, Guallar-Castillón P, Banegas JR et al. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur Heart J* 2004;25(18):1570-95.
- Reuben DB, Tinetti ME. Goal oriented care an alternative health outcomes paradigm. *NEJM* 2012;366:777-9.
- Fraenkel L. Incorporating patients' preferences into medical decision making. *Med Care Res Rev* 2013;70(1 Suppl):80S-93S.
- Weiner SJ, Schwartz A, Sharma G et al. Patient-centered decision making and health care outcomes: an observational study. *Ann Intern Med* 2013;158(8):573-9.
- Tsevat J, Dawson NV, Wu AW et al. Health values of hospitalized patients 80 years or older. HELP Investigators. Hospitalized Elderly Longitudinal Project. *JAMA* 1998;279(5):371-5.
- Paillaud E, Ferrand E, Lejonn JL et al. Medical information and surrogate designation: results of a prospective study in elderly hospitalised patients. *Age Ageing* 2007;36(3):274-9.
- Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB. A Typology of Shared Decision Making, Informed Consent, and Simple Consent. *Annals of Internal Medicine* 2004;140(1):54-9.
- Haggerty JL. Ordering the chaos for patients with multimorbidity. *BMJ* 2012;345:e5915.
- Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF et al. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med* 2003;138:161-7.
- Bonnet-Zamponi D, d'Arailh L, Konrat C et al. Drug-related readmissions to medical units of older adults discharged from acute geriatric units: results of the Optimization of Medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2013;61(1):113-21.
- Legrain S, Bonnet-Zamponi D. Le programme éducatif OMAGE. In Simon D, Traynard PY, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A. *Éducation thérapeutique - Prévention et maladies chroniques*. Paris : Masson, 3^e édition, 2013.
- Legrain S, Tubach F, Bonnet-Zamponi D et al. A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2011;59(11):2017-28.