

# L'éducation thérapeutique des artéritiques

Isabelle Quéré<sup>1</sup>, Patrick Carpentier<sup>2</sup>, Brigitte Sandrin-Berthon<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Service de médecine vasculaire, Hôpital Saint Eloi, 80 av. Gaston Fliche, 34295 Montpellier cedex  
<i-quere@chu-montpellier.fr>

<sup>2</sup> Service de Médecine Vasculaire, CHU de Grenoble

<sup>3</sup> Comité régional d'éducation pour la santé du Languedoc-Roussillon (Cres LR), Montpellier

**L'**artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) est une affection chronique qui compromet le pronostic vital et fonctionnel des patients. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) en fait une des maladies chroniques de l'appareil circulatoire pour lesquelles l'éducation thérapeutique doit constituer « un élément essentiel du traitement » [1]. Dans ses recommandations pour la pratique clinique publiées en avril 2006, la Haute Autorité de santé (HAS) préconise aussi le recours à « une éducation thérapeutique structurée » pour l'AOMI [2]. Le traitement de l'artériopathie repose, quel que soit son stade, sur quatre grands principes thérapeutiques (*tableau 1*) repris par toutes les recommandations [2-4].

Malgré l'importance de la morbidité et de la mortalité cardiovasculaire des patients avec une AOMI [5], plusieurs enquêtes internationales soulignent le défaut de diagnostic et de traitement [6]. En France, l'étude ATTEST [7] récemment réalisée auprès de 3 020 médecins généralistes indique que seulement 13 % des patients porteurs d'AOMI reçoivent la trithérapie (ACE, statine, antiagrégant plaquettaire) recommandée par la HAS (grade A) contre 30 % des patients avec une coronaropathie ou un accident vasculaire cérébral ischémique symptomatique. Outre ce défaut de prise en charge médicale, l'accès des claudicants aux programmes de rééducation vasculaire est notoirement insuffisant voire inexistant dans certaines régions.

L'éducation thérapeutique a pour but d'aider le patient à prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins et sa surveillance, en partenariat avec les soignants [8]. Il s'agit de mettre en place une nouvelle stratégie de prise en charge des maladies chroniques dans un système de santé habituellement tourné vers les maladies aiguës. Cette approche thérapeutique nécessite une réorganisation des soins et de nouveaux modes de relation entre les professionnels de santé et les patients : les rôles et fonctions du soignant y sont radicalement différents. Au moins deux types de résultats sont attendus : des résultats directs tels que la modification du savoir et des comportements, l'amélioration de la santé et de la qualité de vie du patient mais aussi des résultats économiques, en particulier l'amélioration du rapport coût-efficacité des dépenses de santé.

La HAS justifie ainsi le recours à l'éducation thérapeutique pour la prise en charge des personnes souffrant d'AOMI : « *Comme les autres formes d'athérombose, l'artériopathie des membres inférieurs est une maladie chronique, sévère, dont la prise en charge implique pour les patients :*

**Tirés à part :**  
I. Quéré

**Tableau I. Les quatre principes thérapeutiques de l'AOMI**

**1. Traitement médicamenteux du risque cardiovasculaire général (trithérapie)**

- Antiagrégant plaquettaire
- Inhibiteur de l'enzyme de conversion
- Statine

**2. Modification des facteurs et comportements à risque**

- Arrêt du tabagisme
- Réduction d'une surcharge pondérale (IMC < 25 kg/m<sup>2</sup>)
- Equilibre d'un diabète (HbA<sub>1c</sub> < 6,6 %)
- Contrôle d'une hypertension artérielle
- Traitement d'une dyslipidémie

**3. Réadaptation à l'exercice physique**

- Exercice physique quotidien modéré (30 min/jour)
- Programme de réadaptation vasculaire supervisé 1 à 2 fois/sem.

**4. Revascularisation endovasculaire ou chirurgicale des artères des membres inférieurs selon :**

- La réponse au traitement médical ;
- l'évaluation du rapport bénéfice de la revascularisation/risque d'amputation et de la réalisation de son geste

– un changement profond de mode de vie pour le contrôle des facteurs de risque (tabac, alcool, alimentation, activité physique) ;

– la prise au long cours de médicaments, le plus souvent multiples, dont les effets ne sont pas immédiatement perceptibles, ce qui pose d'importants problèmes de compliance thérapeutique ;

– la connaissance des signes prémonitoires de complications graves voire vitales (accident ischémique transitoire, angor de novo, ischémie décompensée) dont la prise en charge thérapeutique est urgente. »

C'est dans ce contexte qu'il a été décidé de concevoir un programme structuré d'éducation thérapeutique pour les patients avec une AOMI. Cet article présente ce programme expérimental et son élaboration.

## Méthode

La conception du programme expérimental « *En marche !* » repose sur un partenariat entre les services de médecine vasculaire des CHU de Grenoble et Montpellier, l'Institut de l'athérombose (financement du programme, logistique, fabrication des outils pédagogiques) et le Comité régional d'éducation pour la santé du Languedoc-Roussillon (Cres LR) pour la méthodologie et la formation des équipes soignantes.

Les deux équipes impliquées dans l'élaboration et l'expérimentation du programme sont pluriprofessionnelles (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, diététiciennes). Les médecins impliqués sont des médecins vasculaires ou généralistes, praticiens hospitaliers ou médecins libéraux. Les

autres soignants sont issus des services de médecine vasculaire de Montpellier et Grenoble. Les responsables des deux services ont participé à toutes les journées de formation. Le programme a été conçu dans le cadre d'une formation-action à l'éducation thérapeutique, encadrée par le médecin responsable du Cres LR. Certains soignants découvraient l'éducation thérapeutique, d'autres étaient plus informés mais aucun n'avait participé à un tel programme.

Dans un premier temps, 25 personnes souffrant d'AOMI et suivies à Grenoble ou à Montpellier ont répondu à un questionnaire qui explorait leur connaissance de la maladie et surtout leurs attentes en matière d'information. L'analyse des réponses a notamment montré que les patients souhaitaient mieux communiquer avec les médecins et autres soignants. Neuf patients souffrant d'une AOMI (8 hommes et une femme, âgés de 42 à 81 ans) ont été associés à la conception du programme. Ils ont été invités à quatre réunions d'une heure et demie au cours desquelles ils ont raconté leur expérience de la maladie puis apporté leur point de vue critique et leur contribution aux différentes étapes d'élaboration du programme [9].

Pendant la même période, c'est-à-dire entre octobre 2004 et mars 2005, six journées de formation ont permis de familiariser les deux équipes soignantes avec la démarche d'éducation thérapeutique et de concevoir le programme. La fabrication des outils pédagogiques et la présentation du programme aux professionnels hospitaliers et libéraux actifs dans la prise en charge des patients porteurs d'AOMI (médecins généralistes, médecins, chirurgiens et radiologues vasculaires essentiellement) se sont échelonnées d'avril à octobre 2005. Fin novembre 2005, deux nouvelles

journées de formation ont permis aux « soignants éducateurs » de s'entraîner à conduire les entretiens individuels et à animer les ateliers collectifs, de s'approprier les documents et outils pédagogiques, d'organiser concrètement l'expérimentation du programme à Grenoble et à Montpellier.

## Résultat : conception d'un programme

### Définition des objectifs du programme

Le groupe concepteur a donné comme objectifs au programme de permettre aux personnes qui souffrent d'AOMI de :

- comprendre ce qui leur arrive,
- exprimer ce qu'elles ressentent,
- s'impliquer dans leur traitement,
- trouver un mode de vie avec la maladie qui leur convienne et qui protège leur santé,
- mener à bien leurs projets.

Le titre du programme découle de ces objectifs, il a été choisi par les soignants et les patients : « *En marche ! Mieux comprendre et mieux vivre sa maladie artérielle.* »

### Les patients concernés

Ce programme concerne les patients qui souffrent d'une AOMI symptomatique (ou qui l'a été), en dehors des phases aiguës, après évaluation ou réévaluation de la maladie et définition préalable d'un plan de traitement par l'équipe

soignante responsable de la prise en charge du patient. Les patients peuvent être orientés vers le programme par un médecin de ville ou hospitalier (généraliste, angiologue, cardiologue), un chirurgien, un radiologue ou un soignant de l'une des deux équipes de médecine vasculaire.

### Structure du programme

Le programme comporte :

- trois consultations individuelles d'éducation,
- cinq ateliers collectifs,
- la remise au patient d'un classeur personnel,
- des groupes de discussion entre patients,
- le recours à des consultations spécialisées en fonction des objectifs individuels (tabacologie, diététique, psychologie.....).

Le parcours du patient au sein de ce programme est présenté dans le *tableau II*.

### Description du parcours :

#### les trois consultations individuelles

Ces consultations individuelles sont réalisées par un médecin. Ce sont des moments de « bilan partagé » qui commencent par un temps d'évaluation et se poursuivent par la recherche d'un accord avec le patient sur les priorités, les objectifs personnalisés ou les activités du programme.

#### Le bilan partagé initial

La première consultation, dite d'orientation, dure au moins 45 minutes. Elle est soutenue par un guide d'entretien et par

**Tableau II. Parcours proposé au patient dans le cadre du programme « En marche ! »**

Le patient prend rendez-vous pour C1 et reçoit le guide d'entretien qui servira de support à ses échanges avec le soignant. Il peut ainsi réfléchir à l'avance aux questions qui seront évoquées.	
Consultation d'orientation (C1)	
Le patient et le soignant évaluent : - la situation générale du patient	Le patient et le soignant conviennent : - des difficultés, des points forts, des priorités - d'un programme personnalisé d'activités - de l'utilisation du classeur personnel
Le patient participe aux activités prévues dans son programme personnalisé (activités possibles : ateliers collectifs, groupes de discussion, consultations spécialisées).	
Consultation de bilan et d'objectifs (C2)	
Le patient et le soignant évaluent : - le programme personnalisé d'activités	Le patient et le soignant conviennent : - d'objectifs personnalisés à 3 mois
Le patient essaye d'atteindre ses objectifs personnalisés.	
Consultation de suivi (C3)	
Le patient et le soignant évaluent : - l'atteinte des objectifs personnalisés	Le patient et le soignant conviennent : - de la suite à donner au programme
Le programme se poursuit en fonction de ce qui a été convenu entre le patient et le soignant	

un questionnaire d'évaluation des connaissances rempli par le patient en salle d'attente. À l'issue de la consultation, le patient et le soignant se mettent d'accord sur les objectifs personnalisés et sur le programme d'activités qui en découle : consultations spécialisées, ateliers collectifs, groupe de discussion avec d'autres patients. Un classeur est donné au patient qui lui permettra de ranger ses notes et tous les documents qui lui seront remis lors de son parcours.

#### **La consultation de bilan et d'objectifs**

Elle fait le point sur les activités du patient, évalue son degré de satisfaction et les connaissances qu'il a acquises (questionnaire). Le patient et le soignant conviennent d'objectifs personnalisés que le patient essaiera d'atteindre dans sa vie quotidienne dans les trois mois qui suivent.

#### **La consultation de suivi**

Elle est programmée à l'issue des trois mois. Elle évalue le parcours réalisé et permet de convenir avec le patient de la suite à donner au programme.

#### **Les ateliers collectifs**

Ils sont animés par un ou deux soignants selon la spécificité de chacun. Cinq ateliers différents sont proposés aux patients. Leurs objectifs, le déroulement et les outils qui en découlent ont été conçus avec précision pour pouvoir être mis à la disposition de tout un chacun (*tableau III*). Les ateliers ont tous la même structure :

– les soignants se présentent, rappellent l'objectif de l'atelier et son articulation avec les autres activités du programme ;

– les patients se présentent puis s'expriment. Différentes techniques d'aide à l'expression sont utilisées (*brainstorming*, MétaPlan<sup>®</sup>, Photolangage<sup>®</sup>, abaques, jeux de cartes...);

– à partir des échanges, le ou les soignants résument, complètent et synthétisent ;

– les patients sont invités à poser des questions puis à reformuler ce qu'ils retiennent de l'atelier ;

– les soignants remettent aux patients une fiche récapitulative et différents documents à ranger dans leur classeur ;

– les soignants concluent et s'intéressent aux prochaines activités de chacun des patients.

#### **Les groupes de discussion**

Les groupes de discussion sont organisés par l'équipe soignante et des patients peuvent être associés à leur animation. Ils ont été intégrés au programme à la demande des patients qui avaient ressenti les bienfaits du groupe auquel ils avaient eux-mêmes participé pendant la phase d'élaboration. Les thèmes de discussion ne sont pas déterminés à l'avance.

#### **Les points forts et les difficultés**

L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs est une affection chronique qui compromet durablement la qualité de vie des patients. La vie quotidienne est grevée d'un handicap douloureux à la marche. L'évolution de la maladie peut engager le pronostic vital et rendre nécessaire une amputation de membre. L'amélioration de l'artériopathie et de la qualité de vie implique un changement des comporte-

**Tableau III. Titre et objectifs des cinq ateliers du programme « En marche ! »**

<b>Titre de l'atelier</b>	<b>Objectifs</b> <b>Au terme de l'atelier chaque patient sera capable de</b>
Vous souffrez des jambes : pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Différencier les artères des veines</li> <li>- Décrire le rôle des artères</li> <li>- Expliquer le mécanisme de la douleur</li> <li>- Citer l'objectif des différents examens qu'il a eus</li> </ul>
La maladie des artères : c'est quoi, d'où ça vient et comment peut-on la contrôler ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Citer les différentes localisations de la maladie</li> <li>- Dire la chronicité de la maladie</li> <li>- Énumérer les facteurs de risque</li> <li>- Décrire les conséquences de la suppression des facteurs de risque</li> <li>- Avoir confiance en ses capacités à contrôler l'évolution de la maladie</li> </ul>
Tout savoir sur votre traitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Citer les différentes catégories de soins</li> <li>- (Traitement général : hygiène de vie, médicaments, rééducation. Traitement local : chirurgical et endovasculaire.)</li> <li>- Dire à quoi sert chaque médicament qui lui a été prescrit</li> </ul>
La meilleure façon de marcher	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expliquer l'intérêt des exercices physiques sur sa claudication et son état général</li> <li>- Identifier l'activité physique qui lui convient</li> <li>- Avoir envie d'accroître son périmètre de marche</li> </ul>
En route vers l'équilibre alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Composer une journée alimentaire équilibrée</li> <li>- Dire comment il pourrait changer certaines habitudes pour une alimentation équilibrée tout en respectant ses goûts et son mode de vie</li> </ul>

ments quotidiens parmi les plus difficiles à obtenir et maintenir comme l'arrêt du tabagisme, une modification du régime alimentaire ou la pratique régulière d'une activité physique. L'éducation thérapeutique peut aider le patient dans cette prise en charge active.

La mise en place d'un tel programme d'éducation thérapeutique se heurte à plusieurs difficultés.

La première, c'est qu'en France, comme dans le reste du monde, les patients avec une artériopathie ne bénéficient pas du meilleur traitement. Seuls 13 % d'entre eux reçoivent la trithérapie médicamenteuse de référence. Les raisons en sont multiples et relèvent en partie d'une mauvaise estimation du risque général de l'athérombose et local d'amputation. Dans l'étude ATTEST [7], 56 % des médecins généralistes français surestiment le risque d'amputation tandis que 73 % sous-estiment le risque cardiovasculaire général. L'un des ateliers du programme « *En marche !* » concerne le traitement médicamenteux (« *Tout savoir sur votre traitement* ») et a comme objectif de favoriser l'observance médicamenteuse. Il a aussi permis d'adresser à nouveau certains patients à leur médecin pour optimiser le traitement. Par ailleurs, concevoir un programme d'éducation thérapeutique alors qu'il n'y a pas d'accès à un programme de réadaptation vasculaire peut paraître inepte. Cependant, le programme « *En marche !* » a eu un impact sur l'activité physique des patients. L'atelier « *La meilleure façon de marcher* » a permis de proposer des solutions individuelles et a été très apprécié des patients. Certains se sont regroupés à l'issue du programme pour constituer un groupe de marcheurs (2 randonnées par semaine) qui se réunit toujours un an plus tard.

La seconde difficulté est l'adhésion du patient à un projet d'éducation thérapeutique. L'image de l'artérite souffre, parmi les médecins et autres soignants, d'un discrédit qui est apparu au cours des discussions initiales sur la faisabilité du programme. Il a été décrit comme « tabagique invétéré » ou « peu compliant » alors que l'image du patient coronarien était socialement plus positive, celle d'un « homme actif et souvent bon vivant » [10]. Parallèlement, les discussions avec les patients ont révélé une anxiété et une dépression entretenues par le risque d'amputation. Elles participent au discrédit sociologique et peuvent être un frein à l'adhésion à un programme d'éducation thérapeutique.

Enfin, la mise en place d'un tel programme nécessite une réorganisation des soins et de nouveaux modes de relation entre les professionnels et les patients. La consultation dite « d'orientation » ou l'animation de groupes ne font pas partie des compétences habituelles de soignants : il s'agit de centrer son attention sur le patient au-delà de sa maladie [11]. Les échanges ainsi que les priorités et objectifs qui en

découlent, peuvent s'inscrire dans des registres très variés : acceptation de la maladie, compréhension du traitement, relations familiales et professionnelles, habitudes de vie, contexte socio-économique, état psychologique... et déconcerter les soignants. La participation des patients et des soignants [12] à la conception du programme en a facilité la mise en place.

Le programme « *En marche !* » est un programme expérimental conçu en milieu hospitalier, avec le concours de médecins libéraux. Quatre-vingt-dix patients ont pu être inclus dans une première phase d'évaluation de la faisabilité. Les premiers résultats en cours d'analyse sont très encourageants et le bénéfice sur la qualité de vie de certains patients indéniable. Il pourrait être un outil important du traitement des personnes qui souffrent d'AOMI. ■

## Références

1. Organisation mondiale de la santé. Bureau régional pour l'Europe. Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandations d'un groupe de travail. Copenhague, 1998, 88 p.
2. Haute Autorité de santé. Prise en charge de l'AOMI (indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation). Recommandations pour la pratique clinique, avril 2006.
3. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, *et al.* On behalf of the TASC working group. Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease. *Int Angiol* 2007 ; 26 : 81-157.
4. Hirsch AT, Haskal ZJ, Hertzner NR, *et al.* ACC/AHA guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease. *Circulation* 2006 ; 113 : 463-84.
5. Criqui MH, Langer RD, Fronek A, *et al.* Mortality over a period of 10 years in patients with peripheral arterial disease. *N Engl J Med* 1992 ; 326 : 381-6.
6. Steg PG, Bhatt DL, Wilson PW, *et al.* One-year cardiovascular events rates in out patients with atherothrombosis. *JAMA* 2007 ; 297 : 1197-206.
7. Blacher J, Cacoub P, Luizy F, *et al.* Peripheral arterial disease versus other localizations of vascular disease : the ATTEST study. *J Vasc Surg* 2006 ; 44 : 314-8.
8. Deccache A, Lavendhomme E. *Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes.* De Boeck-Wesmael. Coll. Savoirs et Santé, Questions, 1989.
9. Sandrin-Berthon B, Carpentier PH, Quéré I, Satger B. Associer des patients à la conception d'un programme d'éducation thérapeutique. *Santé Publique (Bucur)* 2007 ; 19 : 313-22.
10. Carricaburu D. Malades et maladies chroniques comme enjeux de société. Actes du séminaire préparatoire au plan visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique. Direction Générale de la Santé, 8 Dec 2004.
11. Sandrin-Berthon B. Pourquoi parler d'éducation dans le champ de la médecine? In : *L'éducation du patient au secours de la médecine.* Paris : PUF, 2000 : 7-39.
12. D'Ivernois JF, Gagnayre R. Vers une démarche de qualité en éducation thérapeutique du patient. *ADSP* 2002 ; 39 : 14-6.