



Quels sont les bénéfices d'une approche multidisciplinaire en réadaptation cardiaque ?

D. DOUMONT
M-F. LIBION

A la demande et en collaboration
avec la Société Belge de Réadaptation Cardiaque.

Juin 2009
Réf. : 09- 53

Série de dossiers techniques



Introduction	3
1. Définition de l'approche multidisciplinaire et aspects favorisant sa mise en œuvre	5
2. Description succincte d'études et/ou d'expériences de multidisciplinarité	7
3. Pistes et recommandations des auteurs	22
4. Conclusions	24
5. Bibliographie	26

Quels sont les bénéfices d'une approche multidisciplinaire en réadaptation cardiaque ?

La réadaptation cardiaque est l'ensemble des moyens médicaux, physiques, psychologiques et sociaux qui permettent à un patient cardiaque de réintégrer aussi rapidement que possible une place normale dans la société (OMS, 1964). Celle-ci vise tant la réinsertion sociale et professionnelle que l'amélioration de la qualité de vie du patient.

La réadaptation cardiaque est désormais parfaitement intégrée dans la prise en charge médicale du patient. Elle fait appel à la fois aux kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, tabacologues, assistantes sociales et diététiciennes. Il ne s'agit donc pas/plus d'un simple reconditionnement physique. En effet, il est également nécessaire d'agir sur les autres facteurs de risque cardiovasculaire : modification des comportements de santé avec remise en question des modes de vie, séances d'information ou conseils pratiques concernant l'alimentation, le tabagisme, etc. Il s'agit donc bien là d'une réadaptation cardiaque multidisciplinaire.

La Société Belge de Réadaptation Cardiaque, par l'intermédiaire de l'équipe du Docteur De Reppe (Hôpital de Tournai), souhaite éclairer l'aspect multidisciplinaire de la prise en charge du patient en revalidation cardiaque.

La littérature scientifique abonde lorsque l'on évoque les bénéfices liés au suivi par un patient d'un programme de réadaptation cardiaque ou lorsqu'il s'agit d'évoquer des facteurs psycho-sociaux d'adhésion, de compliance de ce même patient.

De nombreux auteurs associent la prévention secondaire, les facteurs de risque, les modes de vie avec la réadaptation cardiaque mais sans pour autant y intégrer/développer les concepts de pluridisciplinarité ou de multidisciplinarité.

Force est de constater que la réadaptation cardiaque semble bien moins documentée lorsqu'il s'agit de l'envisager dans le cadre précis d'une approche multidisciplinaire et peu d'expériences sont décrites à ce propos.

Les recherches bibliographiques ont été menées sur différentes bases de données telles que Doctes (base de données partagées dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé), Medline (base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux) et Science direct (base de données qui fournit les références d'articles provenant de périodiques de la collection Elsevier Science). Certains sites Internet ont également été consultés.

La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport à la question de recherche ont conditionné le choix des articles retenus. Toutefois, notons que peu d'articles envisagent la réadaptation cardiaque sous l'angle de la multidisciplinarité/ pluridisciplinarité et un travail d'extrapolation a parfois été nécessaire (maladies chroniques, diabète, lombalgie, etc).

¹ L'analyse des publications a été réalisée par I. Aujoulat, D. Doumont, et M-F. Libion, J. Pelicand, S. Roussel

Au regard de ces différents critères et remarques, 21 articles/documents ont été recensés dans le cadre de cette revue de littérature. Pour la grande majorité d'entre eux, ils concernent essentiellement les cinq dernières années et sont rédigés en anglais.

Les mots clefs retenus pour la recherche documentaire ont été : réadaptation cardiaque, approche multidisciplinaire, approche pluridisciplinaire, approche interdisciplinaire, multi/pluri-disciplinarité, maladies chroniques, chronic diseases, cardiac rehabilitation, rehabilitation programmes, cardiovascular prevention, prevention and rehabilitation, multidisciplinary approach.

D'emblée, certains auteurs privilégient plutôt le concept de multidisciplinarité au concept d'interdisciplinarité ou de pluridisciplinarité.

Introduction

Les maladies cardiovasculaires constituent en Belgique la principale cause de mortalité et de morbidité. Selon De Bock et Berghmans (2007), cités par Doumont et Libion (2008), ces maladies sont responsables en Belgique de près de 27 % des décès parmi les hommes et de près de 21 % de décès parmi les femmes, entre 45 et 64 ans et de près de 36 % et 45 % de ceux des hommes et femmes âgés de 65 ans et plus. Enfin, plus de 20 % des hommes et pas moins de 30 % des femmes de plus de 65 ans souffrent d'hypertension artérielle et respectivement 18 % et 13 % sont atteints d'une affection cardiaque grave.

Au niveau européen, les maladies cardiovasculaires sont également identifiées comme responsables de près de la moitié des décès avec 1,9 millions de décès annuels au sein de l'Union Européenne et un coût annuel chiffré à 169 milliards d'euros. Les maladies cardiovasculaires sont également responsables d'importantes invalidités et affectent la qualité de vie.

Aux Etats-Unis, la situation est tout aussi alarmante. En effet, selon Dunbar et al. (2005), cités par Doumont et Libion (2008), les facteurs de risque cardiovasculaires concernent une grande majorité de la population américaine (65 millions d'américains souffrent d'hypertension, 42 millions des personnes souffrent d'hypercholestérolémie, 47 millions sont fumeurs, 44 millions sont obèses et 11 millions d'américains sont diabétiques).

De plus, toujours selon Dunbar et al. (2005), le pourcentage de la population américaine cumulant plusieurs facteurs de risque est en augmentation - de 23,6% en 1991 à 27,9% en 1999 - et ce quelle que soit la race, l'ethnie ou le niveau de formation.

Enfin, les maladies cardiaques représentent l'une des causes majeures d'hospitalisations ou de ré-hospitalisations, notamment auprès des personnes âgées de plus de 65 ans. En effet, des études montrent qu'au sein de cette population « cardiaque », plus de 50% des ré-hospitalisations (6 mois post infarctus) sont imputables à de nouvelles défaillances cardiaques. (Cleland et al., 1998; Massie et al., 1997; Burns et al., 1997; Krumholz et al., 1997 ; cités par Strömberg A., 2005).

De plus, le coût de ces ré-hospitalisations représente 70% du coût total des hospitalisations liées aux maladies cardiaques (Cleland et al., 1998 ; Ryden-Bergstem et al., 1999 ; cités par Strömberg A., 2005).

Or, un nombre important de ces réadmissions peut être lié au fait que les professionnels de santé ne délivrent pas toujours « correctement » les messages éducatifs auprès des patients concernés lors de leur hospitalisation/suivi post hospitalisation. Les réadmissions peuvent être également liées aux patients eux-mêmes suite à une faible adhésion aux traitements prescrits et aux conseils alimentaires, ou encore suite aux difficultés des patients à réaliser leur propre surveillance lors de l'apparition éventuelle de nouveaux symptômes et surtout d'y réagir adéquatement (Strömberg, 2005).

L'implémentation de programmes de réadaptation cardiaque montre toute son utilité dans la réduction de ces réadmissions (McAlister et al., 2004 cités par Strömberg, 2005). En milieu hospitalier, les

infirmières ont un rôle important, voire central, à jouer dans la réalisation concrète des activités éducatives (Strömberg et al., 2001 ; de Loor et al., 2002, Fridlund, 2002).

Toutefois, les infirmier(e)s ne sont pas les seules personnes clés dans le processus de multidisciplinarité. D'autres acteurs, tous aussi importants, ont un rôle primordial à jouer au sein d'une équipe de soignants car, au-delà d'enjeux et objectifs personnels, c'est bien de réinsertion sociale et d'amélioration de la qualité de vie du patient qu'il s'agit. Le présent dossier se propose donc d'éclairer quelque peu ces différents aspects.

Définition de la réadaptation cardiaque

Sous l'égide de l'OMS en 1964, une première définition de la réadaptation cardiaque a été proposée par un groupe de travail réuni aux Pays-Bas.

« La réadaptation cardiaque comprend l'ensemble des moyens médicaux, physiques, psychologiques et sociaux qui permettront au malade cardiaque de réintégrer aussi vite que possible et par ses propres moyens une place aussi normale que possible dans la société ».

Cette définition est reprise dans un rapport publié par Degré en 2004 sur l'état de la médecine de réadaptation fonctionnelle en Belgique. Pour cet auteur, il s'agissait plutôt à cette époque de remettre au travail rapidement des patients assez jeunes ayant présenté un infarctus du myocarde et habituellement considérés comme définitivement écartés du marché de l'emploi alors en pleine expansion. Cette définition fait appel à des éléments essentiels dans la prise en charge et l'accompagnement du patient :

- La notion de **multidisciplinarité** entre les professionnels de santé (cardiologues, kinésithérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux, diététiciens, ergothérapeutes, etc.)
- La **précocité** de l'intervention de l'équipe de réadaptation cardiaque mais également le travail de **concertation** au sein de l'équipe pluridisciplinaire.
- La **continuité** des activités menées auprès du patient. Trois phases distinctes sont définies : la phase I correspondant à la phase dite hospitalière est réalisée dans le décours immédiat de l'accident, la phase II est réalisée au décours immédiat ou à quelques semaines de distance de l'hospitalisation et enfin la phase III (phase de maintenance) qui coïncide avec la période de reprise des activités du patient (Denolle, 2008).

En 1993, l'OMS propose une définition de la réadaptation cardiaque « plus adaptée » au contexte actuel (progrès thérapeutique, évolution d'une société plus orientée vers les loisirs). Elle concerne également toutes les catégories de maladies cardiaques médicales, chirurgicales et interventionnelles, acquises et congénitales. Enfin, toujours selon Degré (2004), cette nouvelle définition insiste plus d'une part sur les aspects liés à la prévention secondaire et d'autre part sur la réinsertion sociale et la qualité de vie du patient que sur les aspects strictement professionnels.

Il s'agit donc selon l'OMS de « l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement les causes sous-jacentes de cette maladie et ainsi permettre de maintenir dans les meilleures conditions possibles les conditions physiques, mentales et sociales de la personne concernée et ce par les efforts qu'elle réalise pour préserver et/ou maintenir sa santé et sa place au sein de la communauté » (Hevey et al. 2000).

La réadaptation cardiaque est typiquement considérée comme une intervention multifactorielle. Dans les revues de littérature réalisées sur cette problématique de santé (Effective Health Care Bulletin, 1998 ; Wenger et al., 1995 citées par Hevey et al., 2000), la combinaison d'exercices, d'interventions psychologiques et éducatives sont des éléments systématiquement recommandés par les auteurs.

En résumé, selon Degré (2004), « *la réadaptation cardiaque combine donc sous la direction du cardiologue réadaptateur prescripteur l'entraînement physique, le suivi psychologique et social et la modification des facteurs de risque dans le but d'améliorer la capacité physique et mentale (disability) et de diminuer le handicap social, le but ultime de la réadaptation cardiaque étant donc de restaurer et maintenir une fonction mentale physique, sociale et professionnelle optimale* ».

1. Définition de l'approche multidisciplinaire et aspects favorisant sa mise en œuvre

◆ Euler-Ziegler et Ziegler (2001, France) décrivent la **multi-** ou **pluridisciplinarité** en médecine quand plusieurs personnes d'origines et/ou de compétences différentes prennent en charge un même problème médical. Il peut s'agir de la prise en charge d'un patient, de la résolution d'un problème de santé publique, de la réalisation d'une étude clinique, de l'implémentation d'un programme de prévention, etc.

La prise en charge multidisciplinaire peut être effectuée par un groupe de médecins seuls : par exemple, le médecin généraliste fait appel à d'autres confrères spécialistes mais il peut également s'agir d'un groupe plus étendu de professionnels de santé : médecins et professionnels non médecins, paramédicaux seuls ou diversement associés : infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, psychologues, orthophonistes, assistants sociaux, personnel administratif, etc. Les patients, eux aussi, de plus en plus souvent appelés à représenter leurs intérêts par l'entremise d'associations, ont un rôle à jouer au sein d'une équipe multidisciplinaire. Dans des domaines plus ponctuels, des économistes, des sociologues, des représentants politiques sont également appelés à intervenir dans un groupe élargi.

Assal (1996), cité par les auteurs, distingue le concept « d'interdisciplinarité » du concept de « multidisciplinarité », l'interdisciplinarité se distinguant par « *une plus grande interactivité, une véritable dynamique de groupe (nécessitant formation spécifique, supervision et travail d'entretien très régulier) ; elle s'applique tout particulièrement à la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques* ».

Ces observations permettent donc, selon Euler-Ziegler et Ziegler, de distinguer l'existence de différents degrés de multidisciplinarité « *qu'il s'agisse de la juxtaposition occasionnelle et informelle à l'organisation structurée interactive, plus ou moins spécialisée, intégrant ou non l'unité de lieu et de temps. Il ne s'agit pas d'une simple somme de compétences techniques mais d'une potentialisation et d'une optimisation des ressources, les maîtres-mots restant : complémentarité, synergie, coordination et évaluation* ».

Ces mêmes auteurs énumèrent une série de conditions indispensables au bon fonctionnement de la multidisciplinarité. Nous les retrouverons développées dans le paragraphe 3 de ce dossier, page 22.

Ils insistent également, surtout dans le cadre précis de la prise en charge de maladies chroniques, sur la mise en œuvre d'une éducation thérapeutique des patients devant d'ailleurs faire partie intégrante de la prise en charge et du traitement.

Ces « différentes pratiques » de l'approche multidisciplinaire devraient permettre, toujours selon Euler-Ziegler et Ziegler :

- D'améliorer de manière continue la qualité des soins et leurs résultants (optimisation des ressources).
- D'améliorer le degré de satisfaction des patients qui se sentiront plus rassurés, faisant partie intégrante de l'équipe de professionnels (par exemple, implication du patient dans la réalisation de soins standardisés).
- D'induire un bénéfice pour les professionnels de santé : amélioration du niveau de qualité des activités médicales et para-médicales, notamment en ce qui concerne le processus décisionnel, et qui favorise alors un bénéfice tant au niveau du vécu qu'au niveau des compétences.

“La dynamique multidisciplinaire protège les soignants contre la routine, l’ennui et le sentiment d’épuisement et de « vide » professionnel et induit une sécurisation, une solidarité, chacun se sentant mieux armé pour répondre à des demandes inhabituelles. Elle a un rôle de formation des acteurs entre eux : enrichissement transprofessionnel contribuant à une culture commune”.

Ils rappellent également, dans certains cas précis, les bénéfices en termes de santé publique : création voire diffusion de certaines procédures, diffusion et réactualisation de recommandations, constitution de banques de données, diminution de coûts médicaux, humains et sociaux, etc.

Cependant, une telle approche engendre son lot de difficultés et d’obstacles à tenter de surmonter, à savoir :

- Les difficultés liées à la mise en place d’une démarche innovante exigeant des efforts particuliers de réflexion, d’organisation, d’implémentation, etc.
- La résistance aux changements mais également la persistance d’une culture “individualiste” des professionnels de la santé, l’existence de points de vue mais également d’objectifs différents suivant son appartenance professionnelle, etc.
- Une confusion entre les missions des différents membres de l’équipe, liées parfois à l’existence de zone de chevauchement et/ou au manque de stabilité au sein de l’équipe.
- Le manque de ressources humaines mais également l’insuffisance de moyens financiers.
- La mise en oeuvre d’une mauvaise dynamique de groupe au sein de l’équipe mais également l’existence de difficultés de communication au sein de l’équipe, etc.
- Le manque d’homogénéité de formation à l’approche multidisciplinaire mais également l’insuffisance d’une formation spécifique des professionnels de santé (par exemple face à l’éducation thérapeutique).
- Enfin, des difficultés d’ordre méthodologique peuvent surgir qu’elles soient liées à la conception, l’organisation, la mise en place, l’évaluation ou le suivi.

En ce qui concerne l’évaluation, il s’agira aussi/encore “d’évaluer l’apport spécifique de la prise en charge multidisciplinaire en comparant ses performances à celles des prises en charge classiques non multidisciplinaires”. Pour ce faire, des indicateurs d’évaluation sont nécessaires (non précisés par les auteurs).

Orme et al. (2007), Van Weert et al. (2003), ainsi que Jaarsma (2005) n’apportent, quant à eux, pas de définition aussi précise que les précédents auteurs. Toutefois, ils portent plutôt un regard général sur le processus mis en place.

◆ L’étude d’Orme et al. (2007, Angleterre) met en évidence l’existence de connexions complexes (complémentaires et en synergie et/ou contradictoires et antagonistes) entre le développement de la promotion de la santé et la santé publique multidisciplinaire en Angleterre.

Historiquement, ces relations sont liées à la vision et au positionnement traditionnel du concept santé/maladie versus santé globale que peuvent véhiculer les professionnels de santé oeuvrant soit dans le champ de la promotion de la santé, soit dans le champ de la santé publique. Ces différents positionnements par rapport au concept de santé induisent des structures de santé/soins différentes, l’engagement de professionnels de santé issus de diverses formations, des rôles et des pratiques de soignants autres, des perspectives, des croyances, des idéologies et donc des approches différentes de la santé.

L’approche pluridisciplinaire est définie par Orme et al. comme un moyen qui apporte de réels avantages à l’entreprise de santé publique où le but est de réaliser des ponts entre les organisations, les professions et les partenaires et cela notamment dans l’identification des facteurs déterminants de la santé et ce de manière la plus efficace possible. La promotion de la santé, conceptuellement et professionnellement, doit continuer à avoir une visibilité comme facteur d’influence, facteur moteur et facteur de partenariat dans l’évolution de la santé publique vers le multidisciplinaire.

La promotion de la santé est définie comme un terme « parapluie » qui englobe un grand nombre d’activités à l’égard du développement de la santé, son amélioration et sa protection.

C'est pourquoi, elle est un exemple de multidisciplinarité car elle englobe l'éducation, la psychologie, le social, le politique, l'écologie, etc et regroupe différentes institutions et partenaires.

Ce concept a été largement inspiré par le gouvernement canadien qui prône une vision multiprofessionnelle du domaine de la santé, où la responsabilité collective de la santé permet la réalisation de ponts entre les différents services de santé.

♦ **L'interdisciplinarité** est décrite dans l'étude de Van Weert et al. (2003, Pays-Bas) comme un travail centré sur le patient où interviennent différents professionnels de santé (infirmières, chirurgiens, anesthésistes, cardiologues, éducateurs pour la santé, physiothérapeutes).

Les auteurs n'apportent pas de définition précise de ce concept. Toutefois, ils signalent que cette interdisciplinarité peut provoquer des difficultés, notamment dans le processus informationnel du patient et nécessite un grand besoin de coordination dans l'éducation proposée. Car même si le chevauchement et la répétition d'informations améliorent les connaissances des patients, ils risquent de perturber ceux-ci en cas d'informations contradictoires (l'information est transmise au patient et sa famille par différents « canaux professionnels »). Les résultats de l'étude réalisée (développés dans le paragraphe suivant, page 10), montrent qu'il existe des chevauchements d'informations notamment entre le médecin et l'infirmier dans le cadre par exemple de l'anamnèse médicale. De plus, les professionnels semblent ne pas toujours avoir conscience de ces chevauchements, ce qui peut être expliqué par le manque de coordination. Des résultats similaires ont été observés par Mudde & Fahrenfort, 1989 ; cité par Van Weert.

♦ Dans la prise en charge de patients souffrant d'insuffisance cardiaque, il est généralement admis qu'une **approche multidisciplinaire** est à privilégier pour assurer des traitements et des soins « adéquats ». Une telle approche permet une « utilisation » optimale des services de soins et donc, en limite les coûts des soins de santé. Elle participe également à une meilleure qualité de vie pour ces patients et contribue à diminuer la mortalité. (Jaarsma), (2005, Pays-Bas).

Cependant, actuellement il existerait toujours de nombreux débats sur le « comment optimiser » au mieux l'approche multidisciplinaire, notamment dans le cadre précis d'un programme de prise en charge de patients atteints de pathologies cardio-vasculaires. En effet, par exemple pour Mc Alister et al., 2004 ; Stewart et al., 2002, (cités par Jaarsma) l'élément clé de réussite d'un tel programme de réadaptation est l'adhésion du patient à l'ensemble de son traitement et des soins. Pour d'autres (Balk AH., 1999 ; McDonald et al., 2002), ce succès dépend du choix optimal du traitement, de l'accessibilité du patient au médecin spécialiste, du rôle de l'infirmière en tant que facilitatrice pour l'accès aux soins, etc.

Jaarsma (2005) s'interroge sur la pertinence d'inclure d'autres professionnels de santé au sein d'une équipe de soignants oeuvrant dans un tel programme de réhabilitation. En effet, le mot « équipe multidisciplinaire » peut être interprété de différentes manières. Pour certains auteurs (non précisés par Jaarsma), l'équipe multidisciplinaire comprend le cardiologue, l'infirmière spécialisée en cardiologie et parfois un kinésithérapeute et une diététicienne, si ces derniers sont impliqués dans le staff du service de cardiologie. Pour d'autres auteurs, comme par exemple Albert et al. (2001), cités par l'auteur, le rôle du cardiologue et de l'infirmière spécialisée en réadaptation cardiaque est défini de manière très précise. La problématique soulevée par Jaarsma relève la pertinence d'inclure d'autres soignants (pharmacien, assistant(e) social(e), diététicien(ne), kinésithérapeute, etc.) dans le staff d'une équipe de réadaptation cardiaque.

2. Description succincte d'études et/ou d'expériences de multidisciplinarité

♦ Par l'intermédiaire d'une revue de littérature, Jaarsma (2005, Pays-Bas) s'intéresse au rôle potentiel que pourrait jouer d'autres professionnels de santé (pharmaciens, assistant(e)s sociales/aux, diététicien(ne)s, kinésithérapeutes, etc.) au sein d'une équipe multidisciplinaire pour la prise en charge de patients souffrant **d'insuffisance cardiaque**. Cette revue de littérature montre toute la pertinence de travailler en collaboration étroite et/ou d'inclure au sein d'une équipe de réadaptation des

professionnels de santé tels que des pharmaciens, des assistantes sociales, des infirmières de soins à domicile, etc.

Il semble assez logique d'inclure des pharmaciens dans un tel programme de réadaptation cardiaque puisque dans la plupart des pays/régions, les patients concernés sont/seront en contact régulier avec leur pharmacien ne fût ce que pour l'achat de leurs médicaments. De plus, des études démontrent que ces professionnels de santé ont un rôle éducatif à jouer.

Par exemple :

- L'étude de Bouvy ML., (2002), citée par Jaarsma, souligne que le rôle éducatif du pharmacien de ville concerne plus particulièrement le maintien et/ou la mise à jour des connaissances du patient pour ce qui relève des médicaments et de la gestion de ceux-ci au quotidien et donc, le pharmacien participe à l'amélioration de la compliance du patient à son traitement. Par contre, les interventions du pharmacien hospitalier se focalisent davantage sur l'aide apportée aux cardiologues pour un meilleur choix du traitement et de son dosage.
- Les évaluations des effets d'un programme intensif de counseling réalisé par des pharmaciens (Bouvy et al., 2003 ; Goodyer et al., 1995 ; cités par Jaarsma) montrent une augmentation de la compliance des patients mais également une amélioration des capacités fonctionnelles de ces derniers et une diminution de leurs symptômes.

Pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque, le respect de consignes diététiques (limitation de l'absorption de sel, restriction hydrique, surveillance de la prise de poids, etc.) sont des aspects compliqués du traitement à gérer. (Krumholz et al., 1997; cité par Jaarsma).

Dès lors, il apparaît clairement qu'une diététicienne a également un rôle éducatif important à jouer dans ce genre de prise en charge (Kuehneman et al., 2002 ; Neily et al., 2002 ; cités par Jaarsma) mais aussi dans l'élaboration des menus alimentaires/diététiques adaptés à chaque patient tout en respectant ses demandes, ses goûts, etc. In fine, la diététicienne contribue au maintien d'une nutrition optimale des patients et les aide également à maintenir/améliorer leur compliance aux traitements.

Le constat posé pour les diététiciennes peut l'être également pour les kinésithérapeutes. En effet, les personnes souffrant de problèmes cardiaques sont confrontées à une diminution voire une limitation de leur capacité physique. (Tyni-Lenné et al., 1998 ; Liang et al., 1992 ; cités par Jaarsma) et la reprise d'activités physiques est fortement encouragée dans les programmes de réadaptation cardiaque - activités physiques ayant une répercussion positive en termes de qualité de vie - (Tyni-Lenné et al., 2001 ; cité par Jaarsma). Cependant, dans la plupart des programmes de réadaptation cardiaque, peu voire aucune place n'est attribuée aux kinésithérapeutes qui pourraient concevoir un programme d'exercices physiques approprié au public cible et proposer les recommandations adéquates et personnalisées pour chaque patient (ex : la durée et l'intensité des exercices) (Wilson et al., 2004 ; cité par Jaarsma).

Pour Jaarsma (2005), le kinésithérapeute a donc aussi un rôle important à jouer dans l'équipe de réadaptation cardiaque puisqu'il pourra proposer au patient un programme d'exercices personnalisé, lui fournir des conseils pratiques afin de maximaliser et/ou de conserver ses capacités physiques. D'autre part, le kinésithérapeute aura un rôle de formation pour les autres membres de l'équipe.

La présence de psychologues dans de telles structures est également importante car il est bien démontré que la qualité de vie de ces patients est en outre altérée par le stress, l'anxiété voire la dépression (Moser et al., 2000 ; Januzzi et al., 2000 ; cités par l'auteur) ; que l'anxiété et la dépression ont des répercussions négatives sur la compliance aux traitements (Koenig HG. , 1988 ; cité par Jaarsma).

Dès lors, la présence d'un psychologue aiderait tant le patient (par exemple, lorsqu'il s'agit de « dealer » avec les effets de sa maladie) que les soignants (par exemple, lorsqu'il s'agit de mieux comprendre, de détecter et d'identifier des symptômes de dépression chez les patients).

Enfin, d'autres soignants peuvent être des acteurs clés dans le management global de cette maladie et l'équipe de réadaptation devrait envisager de collaborer plus étroitement avec eux. Par exemple :

- Le médecin généraliste qui bien souvent pose le premier diagnostic et met en place les traitements initiaux. Il assure également un suivi sur le long terme (Hobbs FD., 1999 ; cité par Jaarsma).
- Les services sociaux qui pourraient être impliqués davantage dans l'identification des besoins des patients, ceux-ci pouvant varier en fonction de l'évolution du patient mais aussi de sa maladie (par exemple : aides financières, besoin d'une aide familiale, etc.)
- Les services de soins palliatifs puisque cette maladie chronique atteint essentiellement des personnes âgées et donc, plus susceptibles à un moment donné de devoir bénéficier de soins palliatifs.
- Le service de transplantation et plus particulièrement son coordinateur lorsqu'un patient est en attente de greffe.

En conclusion, il apparaît que le management d'un programme de réadaptation demande d'être adapté à la situation de chaque patient qui fréquente ce service de soins et donc ceci implique une certaine flexibilité dans le management de la structure.

Pour les professionnels de santé, dans leur pratique quotidienne, il n'est pas toujours facile de prodiguer une prise en charge optimale fondée sur un modèle d'« evidence-based of care ».

Jaarsma fournit une série de recommandations que nous retrouverons dans le paragraphe suivant en pages 23 et 24.

♦ La **réadaptation cardiaque** (Fridlund, 2002) (Suède) est divisée en 3 phases dans lesquelles l'infirmière exerce des rôles différents :

- En phase 1 : lors du transfert en ambulance du patient et en cours d'hospitalisation, l'infirmière assurera un rôle d'écoute active et un rôle de conseiller pour les patients et leur famille.
- En phase 2 : en fin de séjour hospitalier et durant les 3 à 6 mois post-hospitalisation (jusqu'à ce que le patient soit physiquement indépendant et qu'il puisse amorcer les changements de comportements/mode de vie nécessaires sur le long terme), l'infirmière remplit un rôle de coach et d'éducatrice pour la santé.
- En phase 3 : l'infirmière poursuivra son rôle d'éducatrice et de coach auprès du patient durant le restant de sa vie.

La réflexion menée par Fridlund sur le rôle central de l'infirmière en réadaptation cardiaque pointe l'importance de développer et/ou d'améliorer des stratégies qui touchent plus spécifiquement celle-ci. Cependant, il semble que ces propositions n'ont fait l'objet à ce jour d'aucune évaluation.

Ces stratégies concernent l'amélioration des connaissances sur :

- A. Les conditions « externes »
 - a. Mieux explorer les expériences des patients. Pour cela, des études sont nécessaires pour mieux cibler leurs besoins.
 - b. Améliorer les outils d'évaluation des programmes pour en améliorer l'efficacité.
 - c. Fournir à l'infirmière un soutien de supervision pour l'assister dans sa tâche de supervision, lui permettre d'offrir un meilleur support et donner du pouvoir (empowerment) aux patients et à leur famille.
- B. Les conditions « internes » ou « personnelles ».
 - a. Une longue expérience clinique et un bagage théorique sont nécessaires mais pas suffisants. Une connaissance de soi et une expérience de vie qui ne s'acquièrent qu'après des années de maturité sont également des éléments indispensables.
 - b. Etre auto-critique et servir de bon modèle aux patients en ce qui concerne l'adoption/maintien de comportements de santé et modes de vie sains. Bref, en tant qu'infirmière être une valeur exemplative.
 - c. Etre à 100% dans l'empathie et pouvoir en fin de journée de travail déconnecter/oublier son travail.

- d. Baser ses décisions sur des principes éthiques, professionnels et moraux plutôt que sur des critères personnels.

♦ La **chirurgie cardiaque** a la particularité de mettre le patient en contact avec de nombreux professionnels de santé (Van Weert et al., 2003 - Pays-Bas). Cette multiplicité de soignants gravitant autour du patient complique (pour les soignants et très probablement pour les patients) le processus informatif et éducatif chez le patient, raison pour laquelle il est utile, voire nécessaire, de mettre en place une coordination pour l'ensemble des activités informatives et éducatives (Van den Borne, 1998 ; cité par Van Weert et al., 2003). Il est clair que la redondance des informations est nécessaire dans un processus d'apprentissage mais in fine, auprès du public cible concerné, cette surabondance de messages informatifs/éducatifs nuit parfois à la rétention des messages importants pour sa santé (Robinson et al., 1988 ; Read C., 1998).

L'étude de Van Weert et al. (2003) avait pour objectifs :

- De répertorier les informations pré-opératoires fournies au patient, d'identifier qui les transmet, à quel moment et la pertinence de ces dernières.
- De mieux déterminer quelles sont les informations attendues/souhaitées/demandées par le patient qui va subir une intervention cardiaque.

Afin d'atteindre ces objectifs, les différentes consultations préopératoires avec les divers professionnels de santé (4 médecins, 23 infirmières et 4 éducateurs pour la santé) ont été filmées et enregistrées, pour en analyser :

- Le contenu informatif transmis par chacun des professionnels.
- Les réponses apportées aux questionnements des patients.
- Le temps de communication consacré aux informations données ainsi qu'aux réponses apportées.

De cette étude, les résultats les plus importants montrent que :

- Les médecins consacrent 75% du temps de consultation à aborder principalement les aspects médicaux et à répondre aux questions qui y réfèrent ($p < 0.0001$)
- Tout comme les médecins, les infirmières consacrent plus de 30% de leur temps éducatif à envisager des solutions médicales ($p < 0.0001$).
- Les éducateurs pour la santé consacrent 58% de leur temps aux aspects éducatifs concernant la prévention au sein de la famille, ou encore à informer et répondre aux questions à propos de l'intervention. En outre, ces soignants consacrent également 25,3% de leur temps de consultation pour aborder par exemple des questions relatives aux comportements et modes de vie ou pour délivrer des informations de type psychosocial, etc.

Ces quelques résultats montrent qu'au sein de l'équipe de professionnels de santé concernée par cette étude, l'interdisciplinarité dans le processus éducatif est loin d'être optimale au vu du simple constat de la duplication multiple des mêmes messages éducatifs/informatifs auprès des patients.

Enfin, des liens/ponts existent mais ils sont à renforcer dans le champ du soin psycho-éducatif, comme par exemple dans le cas précis de l'anxiété (qui peut être responsable de la diminution des apprentissages du patient). En effet, la plupart des professionnels de la santé n'investiguent pas/peu le degré d'anxiété des patients et, de ce fait, n'en tiennent pas/peu compte dans leurs démarches éducatives/informatives. Or, plusieurs études (Devine, 1992 ; Stewart, 1996, citées par Van Weert et al., 2003) montrent toute l'importance d'apporter un soutien émotionnel aux patients et décrivent les bénéfices que ceux-ci peuvent en retirer tout au long du management de leur santé/maladie.

Dès lors, en vue d'améliorer ce processus éducatif, les auteurs soulignent l'importance d'accorder plus d'attention au niveau d'anxiété des patients mais aussi à leurs propres demandes/attentes et besoins d'informations.

♦ « EuroAction » est un programme européen multidisciplinaire de **prévention et de réadaptation cardiaque** destiné aux patients coronariens et à leurs familles. Les objectifs poursuivis par ce programme consistent à prévenir ces maladies, à aider les personnes atteintes par ces maladies et enfin à créer une base de données européenne basée sur les styles de vie, les facteurs de risques, la gestion

thérapeutique des patients coronariens et de leur famille. Il concerne 8 pays européens : le Danemark, la France, l'Italie, la Pologne, l'Espagne, la Suède, les Pays-Bas et la Grande-Bretagne mais la Belgique n'y participe pas. (Wood et al., 2004). Il est coordonné par une infirmière spécialisée en cardiologie.

Dans chaque institution hospitalière participant à ce programme, l'équipe de professionnels se compose de 2 infirmières spécialisées en cardiologie, d'une diététicienne, d'un physiothérapeute et de cardiologues. Les activités éducatives se focalisent principalement sur l'adoption et/ou les changements de comportements au niveau des habitudes tabagiques et alimentaires, de l'activité physique mais aussi, en cas de maladie, sur la gestion des traitements par le patient, l'apprentissage de la prise de la tension artérielle, le suivi de son évolution, la maîtrise du taux de cholestérol, etc.

Au niveau de la prévention de ces maladies, les soignants focalisent en priorité leurs activités préventives et éducatives auprès des familles ayant l'un de leurs membres atteints par un problème coronarien puisqu'il est démontré que ces familles sont à haut risque.

Toutes les interventions éducatives et/ou préventives seront basées sur les étapes de changement de comportement issus du modèle de Prochaska & DiClemente (The transtheoretical model of health behavior change).

Dans les pays participants, les patients seront recrutés soit via les consultations et/ou les hospitalisations dans des hôpitaux généraux, soit lors d'une consultation auprès d'un médecin généraliste.

Son évaluation consistera en un essai randomisé par paire :

- d'hôpitaux ayant des caractéristiques comparables (âge, sexe des patients fréquentant ces institutions, pourcentage des maladies coronariennes, etc)
- de patients et de pratiques comparables de médecins généralistes (âge, sexe des consultants, type de traitements médicamenteux prescrits, etc)

avec un suivi clinique à 16 semaines et à un an post programme.

Le groupe expérimental sera composé de patients qui auront suivi ce programme multidisciplinaire et de patients inclus dans le groupe contrôle qui ne bénéficieront pas de celui-ci.

En 2004, ce programme n'avait pas encore débuté. C'est pourquoi, les auteurs ne présentent aucun résultat d'évaluation dans cet article.

♦ Cet essai randomisé contrôlé (Austin et al.), (2005, Angleterre) avait pour objectif d'évaluer les effets d'un **programme de réadaptation cardiaque** destiné à des patients âgés de plus de 60 ans et souffrant d'une insuffisance cardiaque chronique.

Les patients participaient à des sessions de formation à raison de 2 heures 30/session et ce, deux fois par semaine.

Ces sessions éducatives étaient réalisées par une équipe pluridisciplinaire et concernaient des sujets essentiels tels que le traitement, l'alimentation et l'exercice physique. Ces sessions étaient complétées de documents pédagogiques opportuns. En outre, les patients qui le souhaitaient pouvaient bénéficier de conseils individualisés avec un(e) diététicienne, un(e) psychothérapeute ou un(e) kinésithérapeute.

Les patients qui réussissaient ces premières sessions de formation, passaient à un programme communautaire de 16 semaines, qui consistait à participer à un entraînement physique hebdomadaire d'une durée d'une heure, supervisé par un instructeur provenant d'une association reconnue.

Les cours avaient lieu dans deux halles de sport, situées aux deux extrêmes de l'aire géographique concernée. Tout au long du programme, les patients étaient invités à participer avec leur époux/se ou partenaire. La composante exercice physique était définie en référence ^{2 3} à des recommandations nationales. Ces exercices étaient destinés à augmenter l'endurance et à renforcer le tonus musculaire.

² Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology, 2001

³ Chartered Society of Physiotherapy., 1999 Standards for the exercise component of phase III cardiac rehabilitation.

Les patients recevaient en outre le « coaching » nécessaire pour entreprendre des exercices adaptés à la maison 3 fois par semaine en plus de la séance supervisée

♦ Van der Wal et al, (2005, Pays-Bas) ont réalisé une revue systématique de la littérature afin de décrire les conséquences de la non-compliance aux traitements chez les patients souffrant d'**insuffisance cardiaque** et de lister les interventions éducatives recommandées pour améliorer la compliance. Les auteurs ont retenu 12 études qui décrivent des interventions destinées à augmenter la compliance chez des patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Parmi celles-ci, ils signalent l'étude de Rich et al. (1996) (décrite ci-après dans le présent dossier) en soulignant que l'approche multidisciplinaire et le fait de mettre l'accent sur l'éducation du patient et le counseling sont des facteurs d'efficacité.

A ce propos, d'autres auteurs comme par exemple Laprérie et al. (2007, France) citent également les travaux de Rich et al. (1996) qui confirment tout l'intérêt d'une approche multidisciplinaire permettant d'améliorer la qualité de vie de patient insuffisant cardiaque chronique, de réduire les taux de ré-hospitalisations et de diminuer les taux de mortalité.

Laprérie et al. (2007) rappellent que dans la plupart des études sur la prise en charge multidisciplinaire de l'insuffisance cardiaque, « *l'éducation thérapeutique occupe une place centrale. L'éducation du patient insuffisant cardiaque est en effet une composante essentielle de la prise en charge de cette maladie chronique invalidante* », ..., « *L'objectif de l'éducation est de rendre le patient compétent pour l'amener au mieux à concilier projets de vie et exigences du traitement. La meilleure adhésion du patient au traitement dépend d'une meilleure compréhension de sa maladie et des bénéfices du traitement* ». Il s'agit donc, comme le précise l'OMS (1998), cité par Laprérie et al. , de permettre au patient d'acquérir et de conserver capacités et compétences nécessaires lui permettant de vivre sa vie de manière la plus optimale possible !

Deux autres études (Strömberg, 2001 ; Kasper et al., 2002, cités par Van der Wal et al., 2005) montrent que l'éducation réalisée par une infirmière serait efficace sur certains aspects de la compliance. D'autre part, trois autres études (Goodyer et al., 1995 ; Bouvy ML, 2002 ; Varma et al., 1999) pointent le rôle important du pharmacien en tant qu'éducateur et plus particulièrement en lien avec les traitements médicamenteux. Les évaluations réalisées dans le cadre de ces 3 études montrent que la compliance au traitement est augmentée.

Enfin, d'autres études dans lesquelles l'éducation était faite via du matériel envoyé par la poste (Serxner et al., 1998) ou par contact quotidien au téléphone ou par vidéo (Fulmer et al., 1999) rapportent également de bons résultats sur la compliance

♦ Pour éviter les réadmissions de patients âgés de plus de 70 ans et atteints d'**insuffisance cardiaque** chronique, une intervention multidisciplinaire coordonnée par une infirmière a été mise en place. Elle consiste en une « *... éducation intensive sur l'infarctus et son traitement par une infirmière expérimentée en recherche cardiovasculaire ainsi qu'en l'utilisation d'un livret pédagogique pour les patients gériatrique ayant fait un infarctus, (livret développé par les chercheurs impliqués dans l'étude* » (Rich et al.), (1996, USA).

Plus concrètement, cette intervention consistait en :

- Une évaluation nutritionnelle individualisée, réalisée par une diététicienne qualifiée et en un renforcement des messages informatifs/éducatifs par l'infirmière coordinatrice.
- Des consultations avec des membres du service social pour faciliter la programmation du retour à domicile ainsi que des soins à poursuivre en post hospitalisation.
- Une analyse du traitement par un cardiologue-gériatre permettant, le cas échéant, l'élimination des médicaments superflus, et donc, la simplification du traitement médicamenteux.
- Un suivi intensif des patients en post hospitalisation par l'équipe hospitalière des soins à domicile, complété par des visites à domicile et par des contacts téléphoniques des membres de l'équipe de recherche.

Les objectifs principaux de ce suivi étaient :

- de renforcer l'éducation du patient,
- d'assurer l'observance au traitement et au régime,
- d'identifier les symptômes récurrents sensibles au traitement chez les patients externes.

Dans le présent article, l'intervention multidisciplinaire ne fait l'objet d'aucune description, seuls les résultats y sont présentés.

Cette étude a été réalisée auprès d'un groupe expérimental de patients⁴ (n=282) afin d'évaluer l'effet de cette intervention multidisciplinaire au niveau des taux de réadmission 90 jours post hospitalisation, au niveau de la qualité de vie et du coût des soins. A titre d'exemple, voici quelques résultats de cette évaluation⁵.

- Au niveau du taux de réadmission à 90 jours post hospitalisation :
 - Diminution de ce taux dans le groupe expérimental (41 patients réadmis contre 59 patients dans le groupe témoin (p=0.03).
 - Comparativement, réadmission pour de multiples raisons dans le groupe témoin (16,4%, vs 6,3 % pour le groupe expérimental : p=0.01).
 - Dans le groupe témoin, sur un total de 147 réadmissions, 54 d'entre elles sont liées à l'apparition d'un nouvel infarctus contre 24 pour la même cause dans le groupe expérimental.
 - Etc.
- Au niveau de la qualité de vie :
 - Les patients du groupe expérimental s'impliquent plus dans leur traitement que les patients du groupe témoin (22.1 +/-20.8 vs.11.3+/-16.4, p=0.001)
- Au niveau du coût des soins :
 - L'estimation du temps que l'ensemble des professionnels de santé consacre par jour à chaque patient est supérieure de 33 minutes dans le groupe témoin par rapport au groupe expérimental.
 - En dehors de toute réadmission, les coûts médicaux sont similaires dans les 2 groupes étudiés.

Il est peut-être intéressant de signaler que justement du fait de la multidisciplinarité, il est difficile de savoir quels sont les éléments précis du programme qui ont permis de réduire les taux de réadmissions et d'améliorer la qualité de vie.

Rich et al. (1996) pensent que le fait de recevoir plus d'attention de la part de l'équipe soignante, mais surtout le fait que l'intervention soit très ciblée et comporte plusieurs volets sont les facteurs d'amélioration les plus probables.

◆ Un modèle de coordination des programmes de **réadaptation cardiaque** est proposé par Hevey et al., (2003, Irlande). L'avantage d'une telle coordination réside dans le fait qu'il y a une optimisation dans l'utilisation de l'ensemble des services sanitaires concernés mais également une standardisation dans la prise en charge par ces différents services et enfin la possibilité de promouvoir la réadaptation cardiaque en tant qu'intervention de prévention secondaire.

⁴ Il s'agit population de patients âgés de plus de 70 ans, considérés à risque et ayant été hospitalisés après un infarctus.

⁵ Dans le cadre de cette évaluation, les outils de mesure utilisés sont :

- Pour la qualité de vie : un questionnaire (Guyatt et al., 1989) mis au point pour les patients souffrant d'infarctus. Il se compose de 20 items auxquels le patient doit répondre sur une échelle de mesure de 1 (faible) à 7 (élevé). Ces items abordent des aspects comme le degré de dyspnée, la fatigue, les émotions, etc.
- Pour l'analyse des coûts des soins : calcul du coût moyen des réadmissions des patients atteints de ce problème de santé lors des 90 jours post- hospitalisation, auquel on ajoute les coûts moyens des soins de santé non hospitaliers.

Un programme de réadaptation cardiaque coordonné nécessite que tous les professionnels de la santé (hospitaliers et extra-hospitaliers) soient qualifiés et capables :

- de développer tous ensemble une réelle coordination du programme,
- d'arriver à le standardiser,
- et à le disséminer sur l'ensemble d'un territoire/pays.

Cependant, afin d'aboutir à une coordination pertinente et efficace, la présence de soignants formés à la coordination est nécessaire voire indispensable. Ils ont également une mission de formateurs auprès des autres professionnels de la santé.

Hevey et al. (2000), décrivent la formation diplômante mise en place par une université locale irlandaise en collaboration avec une haute école d'infirmières délivrant un diplôme de nursing spécialisé en soins cardiologiques.

Le futur coordinateur doit acquérir des compétences à 3 niveaux différents : académique, technique et personnel.

C'est pourquoi, le design de cette formation est calqué sur ces 3 compétences à maîtriser :

- 1) Au niveau académique : acquisition et mise à jour des connaissances de base (médicales, psychosociales, diététiques, éducatives, pharmacologiques,...) pertinentes/indispensables dans le domaine de la réadaptation cardiaque. Un total de 120 heures de lecture est inclus dans le cursus. En final, cette compétence doit permettre au coordinateur de penser, d'organiser, de créer des outils éducatifs adéquats, de mettre en place un programme de réadaptation efficace.
- 2) Au niveau technique : être formé à la planification/supervision des aspects multifactoriels de la réadaptation cardiaque comme par exemple :
 - a. Choix judicieux de locaux et de lieux sécurisés (proximité d'une institution hospitalière par exemple) pour l'accueil des patients.
 - b. Planifier et faciliter la coordination avec d'autres services de soins/de santé.
 - c. Maintenir à jour des bases de données concernant les patients inscrits au programme.
 - d. Former les autres soignants dans le maintien ou l'acquisition des connaissances tant théoriques que pratiques concernant la réadaptation cardiaque.
 - e. Former les soignants à animer des sessions éducatives destinées aux patients (les exercices physiques prescrits, les aspects nutritionnels, etc..).
 - f. Etc.
- 3) Au niveau de la recherche : maîtrise technique et scientifique pour la réalisation de recherches/études cliniques dans le domaine :
 - a. Pour implanter des pratiques d'« evidence-based » en réadaptation cardiaque.
 - b. Pour développer son sens critique vis-à-vis des résultats de recherches mais aussi pour mettre en évidence les éventuels besoins/attentes/demandes tant des patients que des soignants concernés.

Les candidats à cette formation sont des professionnels de la santé qui ont une expérience professionnelle dans le champ de la cardiologie. Les frais d'inscription des candidats sont pris partiellement en charge par la Fondation de Cardiologie irlandaise.

En guise de conclusion, Hevey et al., (2000), signalent qu'une telle formation destinée aux coordinateurs en réadaptation cardiaque est aidante pour promouvoir et faciliter une cohésion entre les différents centres de réadaptation et offrir ainsi un service standardisé aux patients. Enfin, le rapport du « National Cardiovascular Health Strategy » (1999) du département de la santé recommande explicitement la nomination et la présence d'un coordinateur dans une telle structure.

♦ Cette revue de la littérature (Strömberg), (2005, Suède) consacrée aux patients souffrant de **maladies cardiaques** met en évidence l'évaluation :

- Du niveau des connaissances des patients souffrant de problèmes cardiaques.

- Des obstacles à l'apprentissage de ces patients.
- De leurs besoins d'apprendre.
- Des méthodes éducatives utilisées.

Il pose la question des critères à privilégier et à prendre en considération pour évaluer les effets de l'éducation du patient.

L'auteur signale que peu d'études ont été réalisées pour mettre en évidence le niveau des savoirs des patients souffrant de problèmes cardiaques (Bushnell 1992 ; Sneed & Paul , 2003). Il n'existerait que 3 études de type qualitatif. L'une d'entre elles avait pour but d'explorer les connaissances et le niveau de compréhension des patients de ce qu'est une défaillance cardiaque (Rogers et al., 2000) et les 2 autres avaient pour objectifs d'explorer leur compréhension des traitements médicamenteux (Cline et al., 1999 ; Rogers et al., 2002)

- L'étude menée par Sneed et al. (2003) auprès de patients souffrant de défaillance cardiaque et ayant suivi un programme éducatif montre que :
 - o 39% des répondants déclarent avoir beaucoup de connaissances à propos de leur maladie mais par contre 55% des répondants déclarent connaître seulement quelques éléments relatifs à leur maladie.
 - o Ces auteurs concluent que malgré la réalisation d'activités éducatives, cela ne signifie pas que les patients concernés se considèrent comme ayant une réelle compréhension/connaissance de leur maladie.
- L'étude de Ekman et al. (2000) montre que 20% des patients souffrant d'une défaillance cardiaque modérée à sévère ne connaissent pas leur diagnostic et donc leur maladie ; et que peu de répondants sont capables de fournir une définition de leur maladie.
- Les connaissances des patients à propos des auto-soins et de la surveillance sont tout aussi faibles. En effet, l'étude de Ni et al., (1999) met en évidence que :
 - o 40% des patients ne comprennent pas l'importance de maintenir leur poids corporel et/ou de maigrir.
 - o 31 % des répondants pensent qu'ils peuvent, par jour, boire autant de boissons qu'ils le souhaitent.
- Les connaissances des patients en ce qui concerne leurs traitements ne sont pas plus convaincantes puisque seulement ¼ des patients connaissent les noms et les dosages prescrits de leurs médicaments (Cline et al., 1999) ; ils ont peu de connaissances en ce qui concerne les raisons de ces prescriptions et ne se sentent pas plus à l'aise sur le comment interpréter/réagir face à de nouveaux symptômes signant une détérioration de leur état de santé malgré les traitements prescrits. Bref, ils n'ont pas les connaissances suffisantes leur permettant de pouvoir faire la distinction entre nouveaux symptômes et effets secondaires liés aux traitements médicamenteux. (Rogers et al., 2002).

En ce qui concerne les connaissances des patients concernés par cette problématique de santé, Strömberg (2005) conclut qu'il est nécessaire, voire indispensable, de prendre en compte les niveaux de difficultés d'apprentissage de ces patients qui sont généralement :

- âgés (Cowie et al., 1997),
- atteints d'autres pathologies chroniques (Braunstein et al., 2003),
- vivant seul avec un faible soutien social (Vinson et al., 1990),
- présentant une prévalence élevée d'anxiété et/ou de dépression (Freedland et al., 1991 ; Haveanek et al., 1999),
- ayant une faible estime de soi et percevant leur auto-soin et surveillance de leur santé comme incompréhensible (Ekman et al., 1999),

et ce dans tous les programmes d'éducation du patient mis en place ainsi que dans toutes les activités éducatives qui en découlent.

Le tableau ci-dessous reprend les différents niveaux de difficultés d'apprentissage, les stratégies et les interventions à mettre en place pour lever ces obstacles :

Obstacles	Stratégies	Interventions
Fonctionnels : Limitations : visuelles, cardiaques, mobilité, motricité, etc.	* Estimer les limites fonctionnelles * Méthodes et matériels adaptés à ces limites	* Choisir une taille de caractère plus grande pour les outils éducatifs/informatifs ; prévoir un PC avec des grandes touches, etc.
Cognitive : Problème de mémoire	* Méthodes et matériels adaptés, multiples répétitions des messages éducatifs/informatifs * Messages courts * Faire participer activement les patients * Eduquer le conjoint et/ou le soignant naturel	* Interactivité lors des actions éducatives/informatives. * Outils informatifs/éducatifs courts et concis. * Répétitions constantes des messages éducatifs/informatifs
Conceptions erronées et faible niveau de connaissances	* Relever les conceptions erronées et fournir les connaissances de base	* Utiliser de multiples outils et méthodes pédagogiques * Délivrer une éducation « de base »
Faible motivation et intérêt	* Adaptation * Matériel « parlant»	* Evaluer la situation du patient et ses besoins de connaissances * Développer une vision holistique de l'éducation du patient : ne pas se limiter uniquement sur les aspects éducatifs liés à cette problématique de santé * Evaluer la fatigue et la dépression
Faible estime de soi	* Climat non menaçant * Feed-back positif. * Soutien	* Relation soignant-soigné de confiance * Activités éducatives incluant un soutien social comme des visites et/ou des appels téléphoniques au domicile des patients, un suivi lors des consultations à l'hôpital.

Fig 1 : Difficultés d'apprentissage des patients atteints de maladies cardiaques, stratégies pour lever ces difficultés et exemples d'intervention (Strömberg, 2005 ; traduction réalisée par F. Libion)

Les besoins éducatifs des patients cardiaques :

Afin d'identifier ces besoins éducatifs et de mieux comprendre les éventuelles difficultés vécues par ces patients, il est important de les faire réellement participer à la création et/ou au développement de programmes éducatifs ainsi qu'aux outils qui en résultent.

Par exemple, ces besoins éducatifs ont été évalués via l'utilisation d'un instrument d'évaluation appelé « The Heart Failure Learning Needs Inventory » (Hagenhoff et al., 1999 ; Rankin et al., 2001 ; cités par Strömberg, 2005).

Cet outil d'évaluation permet de mesurer par exemple les connaissances par rapport :

- aux traitements médicamenteux : nom des médicaments, dosages prescrits, etc.
- les signes et les symptômes d'une aggravation et/ou d'une nouvelle crise cardiaque,
- le type de follow-up et les activités éducatives mises en place par le médecin généraliste,
- les facteurs de risque,

- le pronostic de la maladie,
- les facteurs psychosociaux (non préciser),
- les activités permises et les recommandations diététiques.

De son côté, dans ses guidelines de diagnostic et de traitements des défaillances cardiaques, la Société de Cardiologie Européenne (The task force of the working group on heart failure, 2001 ; cité par Strömberg, 2005) liste et considère que les aspects éducatifs suivants sont importants à « travailler » avec les patients concernés par cette problématique de santé :

Connaissances générales : Définition et symptômes/signes de la maladie,
Etiologie,
Monitoring des symptômes,
Auto-management des symptômes,
Surveillance de la prise de poids,
Traitements rationnels,
Adhésion aux traitements,
Pronostic.

Conseils vis-à-vis des médicaments : Effets et effets secondaires des médicaments/signes,
d'intoxication,
Modes d'administration des médicaments,
Prise de diurétiques de façon flexible.

Repos et exercices : Repos,
Exercices « d'entraînement »,
Activités professionnelles,
Activités physiques journalières,
Activités sexuelles,
Réadaptation.

Alimentation et habitudes sociales : Restriction sodique si nécessaire,
Restriction hydrique en cas de défaillance sévère,
Arrêt du tabac,
Réduction du surpoids.

Vaccination : Immunisation contre le pneumocoque et l'influenza.

Voyages : Vols aériens,
Séjours en haute altitude et/ou en milieu humide et chaud.

Cet article n'évoque certes pas la multidisciplinarité en tant que telle mais plutôt tous les aspects éducatifs qu'il faut travailler, ce qui nécessite sans aucun doute une approche multidisciplinaire où collaboreront étroitement les médecins, les infirmières (notamment formées à l'éducation du patient) mais également les kinésithérapeutes, les diététiciens, les tabacologues, etc et autres membres du staff concerné.

♦ La revue de littérature réalisée par Nolan et al., (2001, Angleterre) concerne des articles parus entre 1985-1995. Elle a pour but de mieux percevoir et comprendre le rôle éducatif des infirmières dans le domaine de la réadaptation (**sclérose en plaque, arthrite, infarctus du myocarde, blessure de moelle et accident vasculaire cérébral**).

Elle met en évidence que les compétences à acquérir sont multiples et variables selon la pathologie à l'origine de la réadaptation.

Par exemple :

- Dans le cadre de la prise en charge de la sclérose en plaque, outre la maîtrise des connaissances physiopathologiques de la maladie, des connaissances des effets des traitements, des soins infirmiers à prodiguer ; des compétences en thérapie psychosociale aideront l'infirmière :
 - o à augmenter/améliorer chez les patients ses compétences de coping,
 - o à faciliter son sentiment de maîtrise et d'estime de soi,
 - o à réduire les émotions d'impuissance et de tristesse chronique permettant de l'espoir et le développement d'attitudes positives.
 (Barton et al., 1994 ; Hainsworth, 1994 ; Gilick, 1992 ; O'Brien, 1993 ; Quinn et al., 1995 ; Grigger, 1996, cités par Nolan et al., 2001).

Cette revue de littérature montre également l'intérêt de développer des compétences spécifiques telles que :

- o l'utilisation du modèle de salutogénèse d'Antonovsky (Marks & Millard., 1990),
 - o ou encore, l'utilisation du modèle de trajectoire de Corbin et Strauss (Smeltzer, 1991).
- Dans le cadre de l'arthrite, les groupes de self-help sont préconisés en plus d'autres programmes basés par exemple sur les thérapies comportementales ou encore sur des modèles psychosociaux et éducatifs, et cela même si, jusqu'à présent, l'efficacité de ces groupes n'a pas été montrée. Les infirmières doivent également avoir une connaissance précise de la physiopathologie de la maladie, des traitements.
 - En ce qui concerne la réadaptation cardiaque, le rôle des infirmières est très important, en particulier dans l'expression des perceptions négatives et/ou des fausses croyances mais aussi dans le soutien psychosocial des patients et des praticiens. Cependant, ceci est très peu réalisé dans la pratique
La maîtrise d'autres compétences est également identifiée afin d'aider le professionnel de santé :
 - o à réduire l'incertitude et faciliter l'espoir chez le patient,
 - o à augmenter/améliorer chez le patient son contrôle, ses capacités, sa maîtrise de sa maladie et de sa situation mais aussi à l'aider à résoudre ses problèmes et ainsi l'aider à augmenter sa confiance et réduire son impuissance et son angoisse qui sont liées à une plus grande mortalité.
 - En cas de blessures de moelle et d'accidents vasculaires : les infirmières doivent développer :
 - o des compétences d'évaluations
 - o des compétences cognitives et d'apprentissage pour les patients comme :
 - de passer de la réceptivité des messages éducatifs à l'apprentissage pertinent et porteur pour le patient,
 - de connaître et maîtriser les différents modes d'apprentissages,
 - de prendre en compte les priorités individuelles d'apprentissage.

Cette revue de littérature soulève la question de la formation des infirmières *«Sont-elles formées à ce rôle qui demande une maîtrise de compétences multiples et spécifiques ? »*

En effet, en pratique, il semble que peu de choses soient faites. L'analyse des profils professionnels des infirmières montrent que ces dernières ne sont pas préparées adéquatement à ce (futur) rôle éducatif. Pour cela, dans le cadre de leur formation, les infirmières devraient être davantage formées par exemple sur :

- La conscientisation de leur rôle éducatif (il faut donc les former concrètement à remplir ce dernier).
- Les approches pédagogiques et psychologiques afin de mieux les aider à informer, éduquer les patients tout en tenant compte des demandes/attentes et besoins des patients.
- Leur place à prendre et leur rôle à jouer dans la coordination d'activités éducatives et de soins au sein d'une équipe multidisciplinaire.

- L'importance de mener des recherches dans le domaine.
- Le développement de compétences en tant qu'agent de prévention et de promotion de la santé oeuvrant tant en milieu hospitalier qu'au sein de communautés.
- etc.

◆ Un projet-pilote liégeois décrit par Freyens et al., (2005, Belgique) avait pour objectif d'organiser « une équipe d'intervention pluridisciplinaire en vue de l'élaboration et de la dispensation d'un module éducatif à l'attention de **patients diabétiques de type 2** » et ce dans un centre de médecine générale.

Freyens et al., 2005 soulignent qu'en pratique :

- Ces patients bénéficient rarement d'une « démarche éducative structurée » du fait qu'ils sont, dans la majorité des cas, pris en charge à domicile et donc, ne suivent pas/peu de tel programme éducatif.
- Le diagnostic inaugural est le plus souvent réalisé par le médecin de famille qui délivre des informations sur la maladie, son traitement, son évolution, etc. Cependant, toutes ces informations/actions éducatives sont transmises « au compte goutte » dans le décours du suivi de la maladie et donc, peu assimilées/intégrées voire personnalisées par/pour les patients.
- Le système de financement des soins belges se focalise essentiellement sur les aspects/actes curatifs, ce qui freine bien souvent les généralistes à s'investir dans une démarche éducative souvent perçue comme « chronophage » et peu « rémunératrice ».

Quatre médecins généralistes issus d'un centre médical de santé en collaboration avec 10 autres professionnels de la santé (infirmières, diététiciennes, psychologues travaillant dans ce centre) ont participé à l'élaboration et à la réalisation de ce projet-pilote. Ils ont mis en place des sessions éducatives pour les patients diabétiques de type 2.

Le module d'intervention proposé à chaque patient concerné comprenait :

- Un entretien d'une durée d'1 heure avec le médecin généraliste axé essentiellement sur le diabète et plus particulièrement sur les connaissances de la maladie, les traitements et les complications.
- Trois entretiens avec une diététicienne pour aborder l'alimentation adéquate, vérifier les savoirs et savoir-faire concernant cette thématique, le « bon » suivi du régime, le renforcement des bonnes habitudes alimentaires, etc.
- Deux entretiens avec une infirmière pour consolider la compréhension des consignes d'hygiène et thérapeutiques et ainsi renforcer « l'observance à long terme ».
- Trois entretiens avec une psychologue en vue de mieux comprendre les perceptions de la maladie, les difficultés perçues à vivre la maladie et à suivre les traitements.

Au total donc, le patient est convié à suivre 9 entretiens répartis sur une période de 4 mois.

Ce programme pilote a été évalué auprès d'un échantillon de 25 patients âgés de 48 à 90 ans (âge moyen = 63 ans). Au vu de la petite taille de l'échantillon, les quelques résultats de cette analyse qualitative présentés ci-dessous ne peuvent être généralisés.

En voici donc quelques résultats :

En général, les professionnels relèvent un effet sur le taux de glycémie des patients. Ils constatent aussi un taux d'assiduité plus élevé chez les patients.

- Au niveau du vécu des patients :
 - Globalement, les patients sont satisfaits d'avoir fait l'objet d'un intérêt marqué de la part des soignants, et tout particulièrement en ce qui concerne leur vécu de la maladie/traitement.
 - Les interventions de la diététicienne ont été perçues par certains patients (n = non précisé par les auteurs) comme une « révélation » eu égard à leur pratique alimentaire antérieure.

- Les entretiens avec une psychologue ont permis de mettre en évidence la nécessité d'organiser un suivi en termes de soutien constant et régulier pour la gestion de cette maladie. En effet, il s'agit d'une pathologie qui provoque de nombreux bouleversements tant au niveau personnel, familial, professionnel que social.
- Au niveau du vécu des soignants :
 - Ils sont satisfaits de la richesse de l'expérience pluridisciplinaire
 - Prise de conscience :
 - De l'existence de discours de patient différents en fonction du soignant auquel il s'adresse.
 - De l'intérêt de verbaliser le ressenti vécu lors d'un entretien
 - Etc.

Toutefois, les auteurs relèvent un certain nombre de difficultés comme par exemple :

- La complexité de gérer les contraintes organisationnelles au sein de l'équipe (difficulté d'accorder les agendas, de trouver des plages horaires communes entre les professionnels).
- L'impression pour certains patients que cette intervention arrive trop tard car ces derniers sont déjà bien ancrés dans leurs croyances, perceptions, savoir-faire, etc. concernant leur maladie et traitement.
- La difficulté dans le choix du partage d'informations « sensibles et confidentielles » confiées par le patient avec le reste de l'équipe de soignants (difficulté de communiquer aux autres professionnels des problèmes éthiques évoqués exclusivement par les psychologues).
- La frustration de s'investir sans reconnaissance financière par ailleurs.
- Etc.

◆ L'objectif de l'étude de Gagnon et al. (2009, France) est d'évaluer des effets à court et à long terme d'une prise en charge de patients atteints de **lombalgies chroniques** et ce au sein d'une équipe pluridisciplinaire travaillant en réseau. Actuellement, ce réseau est constitué de 22 médecins et de leur équipe de soignants (médecins rhumatologues, rééducateurs, kinésithérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, éducateurs sportifs, infirmières et assistantes sociales). Il travaille aussi en collaboration avec des soignants « externes » comme par exemple les médecins du travail, les généralistes, les médecins des caisses d'assurances. Toutes ces équipes de soignants travaillent dans l'optique d'une prise en charge pluridisciplinaire afin de ré-entraîner les patients aux exercices à l'effort.

L'objectif principal de cette prise en charge est « *la restauration fonctionnelle du patient qui reste l'acteur principal de l'amélioration de son état ... a un rôle actif dans sa prise en charge et se doit d'être volontaire et motivé* ».

Design du programme : dans chaque centre, le programme de réentraînement à l'effort et la prise en charge des patients se réalisent sur une période de 20 jours durant 5 semaines maximum et avec un groupe de 4 à 5 patients/session. Cette prise en charge se fait soit en hospitalisation, soit en hôpital de jour.

Chaque patient participant à ce programme :

- Apprendra à réaliser des exercices de renforcement musculaires et des exercices d'étirements musculaires, etc.
- Recevra une information/éducation sur les connaissances des mécanismes psychopathologiques des lombalgies et sur les méthodes permettant d'économiser la sollicitation de son dos. Enfin, le patient sera également « éduqué » à la réalisation de son auto-entraînement sur base d'un programme d'exercices et/ou d'activités physiques ou sportives personnalisé.

- Aura une prise en charge psychologique via des entretiens, des séances de relaxation, etc. et un contact sera pris avec son milieu professionnel en vue de préparer au mieux sa réinsertion au sein de l'entreprise.

Le protocole d'évaluation prévoit différents moments d'évaluation, à savoir : à l'entrée (T0) et à la sortie (T1) de cette prise en charge du patient en milieu hospitalier ; lors du suivi à 3 mois (T3), à 6 mois (T6) et à 1 an (T12).

La grille d'évaluation reprend par exemple : le bilan physique, le retentissement fonctionnel de la lombalgie, le retentissement de la douleur lombaire dans la vie quotidienne, le retentissement psychologique de la lombalgie, etc.

Les évaluations de ces différents aspects de la lombalgie se font au travers de l'utilisation d'échelles de mesure validées. Par exemple, le retentissement de la douleur se mesure à l'aide de la version française validée de l'auto-questionnaire de Dallas (Lawlis et al., 1989 ; Marty et al., 1998) et le retentissement psychologique de la lombalgie se mesure grâce à l'échelle « Hospital Anxiety and Depression » (HAD), validé en français par Lépine et al. (1985) ; cités par Gagnon et al., 2009.

Entre 2002 et 2006, 748 patients lombalgiques (371 hommes et 377 femmes) ont participé à cette évaluation réalisée dans 7 centres et en voici quelques résultats :

- Amélioration significative ($p < 0,0001$) de l'ensemble des éléments évalués entre le T0 (à l'entrée de la prise en charge à l'hôpital) et le T1 (à la sortie de ce séjour hospitalier) et ce aussi bien pour les femmes que pour les hommes.
- Par contre, on ne relève aucune différence significative pour l'ensemble des paramètres évalués lors des visites de suivi (par exemple : entre le T1-T3, entre le T1-T6, entre le T1 et T12 ou encore entre les différents moments de suivi (entre T3, T6 et T12). Toutefois, ceci montre qu'il y a un maintien de l'amélioration des résultats obtenus entre les différents moments de suivi.
- Si la prise en charge a permis de constater une diminution de l'intensité de la douleur et une amélioration de l'endurance musculaire à court terme (T0-T1), on constate que lors du suivi à plus long terme, ces bénéfices ont tendance à diminuer. On constate même une diminution significative pour le score de la douleur entre le T1-T3 ($p < 0,002$) et ensuite entre le T1 et T6 ($p < 0,0005$).
- La diminution de l'endurance musculaire entre le T1 et T3 chez tous les participants montre que c'est une période « délicate » pour les patients dans le maintien d'exercices physiques permis voire recommandés. Ceci montre bien que les soignants ont un rôle à jouer pour maintenir/renforcer la participation active des patients à leur programme de prise en charge lombalgique.

Cette étude menée par Gagnon et al., a permis de montrer qu'il est possible :

- D'utiliser une grille d'évaluation standardisée, validée et commune à tous les soignants concernés par cette prise en charge.
- De mener une réflexion commune sur la pertinence d'apporter d'éventuelles modifications à la grille d'évaluation. Par exemple, il a été décidé d'inclure un nouvel outil d'évaluation, le « Coping Strategy Questionnaire » (Rosenstiel et al., 1983) à propos des aspects psychologiques et ainsi être en mesure d'évaluer les stratégies de défenses psychologiques mises en place par les patients plutôt que d'évaluer le degré de stress lié à la douleur.
- D'harmoniser des pratiques et des techniques d'évaluation et cela grâce à l'organisation des soignants en réseau. De plus, ce travail en réseau permet également de partager les connaissances, de dynamiser les soignants et les équipes, de faire évoluer cette grille d'évaluation et donc d'optimiser le travail fait dans ce réseau.

En guise de conclusion, ces auteurs soulignent que ce mode de prise en charge par le biais d'un réseau multidisciplinaire permet de traiter la douleur lombalgique à long terme, de poursuivre la

sensibilisation, d'entretenir la motivation des patients et, in fine, de maintenir les bénéfices acquis par le patient dans le cadre de cette prise en charge.

L'expérience décrite par Gagnon et al., mais également le dispositif d'évaluation mis en place et les résultats décrits soulignent toute l'importance d'un travail en réseau et enrichit la conception de l'approche multidisciplinaire.

3. Pistes et recommandations des auteurs

◆ Euller-Ziegler et Ziegler (2001, France) émettent une série de conditions indispensables au bon fonctionnement de l'approche multidisciplinaire. En voici l'énumération :

- L'identification claire des objectifs de départ.
- La détermination d'un plan d'actions rigoureux et précis.
- Une définition rigoureuse des caractéristiques des patients qui feront l'objet de cette prise en charge multidisciplinaire.
- Une définition précise du profil professionnel de chacun des intervenants (zone de compétence, limites, etc.).
- L'adhésion de tous les intervenants aux objectifs et aux principes de fonctionnement de la structure multidisciplinaire.
- Une communication optimale et permanente centrée sur le patient entre tous les professionnels impliqués (échange permanent d'informations, réunions de service, debriefing, tenue d'un dossier commun pour chaque patient, etc.). Il faut veiller d'une part à utiliser un langage commun et d'autre part à véhiculer des informations identiques au patient et à son entourage.
- Etre soucieux des règles éthiques et déontologiques (respect de l'autonomie et de la confidentialité, devoir d'information, consentement du patient, etc).
- Evaluer régulièrement le processus mis en place, les résultats.

◆ Au Royaume-Uni, promouvoir une santé publique multidisciplinaire peut être encore d'actualité suite aux principes et approches divergentes/convergentes développées tant par « la Santé Publique » que par « la Promotion de la Santé ». Avec ses perspectives distinctes de l'interdisciplinarité et multiprofessionnelles de la santé, la promotion de la santé joue un rôle central pour le développement d'une santé publique multidisciplinaire.

Cependant, de nouveaux efforts doivent être consenti pour redéfinir les rôles et le développement des besoins d'« *équipe spécialisée en promotion de la santé* », travaillant sur la santé et cela en collaboration avec les autorités locales.

Les compétences pour la santé ont été identifiées⁶ et regroupent de nombreuses compétences pour une pratique de la santé publique multidisciplinaire (68 au total). L'approche par équipe semble la plus appropriée pour rassembler ces compétences de « spécialistes » et de « généralistes », issus des différents domaines de la santé et de la santé publique, ceci afin qu'ils puissent œuvrer ensemble pour atteindre des objectifs communs. (Orme et al., 2007).

◆ L'interdisciplinarité n'apporte pas que des solutions. Elle peut être à la source de difficultés, notamment en lien avec les informations transmises par les professionnels de santé. En effet, il n'est pas aisé de savoir qui, quand et comment une information au patient a été délivrée. De plus, selon Van Weert et al, (2003, Pays-Bas), l'information fournie est parfois peu adaptée aux besoins des patients, ce qui la rend encore moins efficace. C'est pourquoi, ces auteurs soulignent toute l'importance d'écrire/de consigner chaque intervention informative/éducative interdisciplinaire (réaliser un protocole d'interdisciplinarité) dans un dossier « éducatif » destiné au patient, dossier qui contribuerait ainsi à le préparer à sa future intervention de chirurgie cardiaque.

⁶ Skills for Health , (2006), www.skillsforhealth.org.uk/view_framework.php?id=53

Ces auteurs recommandent également pour les professionnels de santé la mise en place de sessions de formation permettant d'améliorer leurs compétences en communication, ceci dans le cadre précis de la relation éducative de soins mais aussi afin d'optimiser des consultations préopératoires interdisciplinaires. Enfin, une attention particulière devra être portée sur les besoins réels exprimés ou non, ainsi que sur les attentes des patients.

◆ Nola et al., (2001, Royaume-Uni) soulignent toute l'importance des différents rôles qu'une infirmière doit remplir. Elle a un rôle de coordination, un rôle éducatif, un rôle de plaidoyer et de recherche. Mais, toujours selon ces auteurs, qui donc peut tenir ces différents rôles tout en ayant l'ensemble des compétences nécessaires ? C'est pourquoi, ils recommandent la création d'un statut « d'infirmière éducatrice spécialisée » dans le champ de la réadaptation.

◆ En 2005, Freyens et al. (Belgique) recommandaient aux autorités politiques belges de prévoir et mettre en place un financement destiné aux services/structures de réadaptation cardiaque et plus particulièrement pour les professionnels qui y investissent beaucoup de temps.

Notons toutefois que le KCE⁷ (Centre fédéral d'expertise de soins de santé en Belgique) réalise à l'heure actuelle (2009) une étude consacrée notamment à « l'efficacité et aux aspects coût-efficacité de la revalidation cardiaque multidisciplinaire », ceci en menant la comparaison avec d'autres formes d'organisation de revalidation.

◆ Van der Wal et al. (2005) (Pays-Bas), recommandent une combinaison de stratégies à savoir :

1) Des stratégies en direction des patients :

- a. Cibler les patients qui présentent un facteur de risque particulier, comme par exemple : les patients âgés, les patients isolés, les patients avec des co-morbidités, etc.
- b. Augmenter les connaissances de ces patients.
- c. Introduire des stratégies comportementales, en particulier augmenter le sentiment d'efficacité.
- d. Augmenter la capacité d'auto-gestion, en apprenant en particulier aux patients à savoir comment réagir en cas de changement rapide de poids. Les auteurs insistent sur la nécessité d'apprendre aux patients à introduire par eux-mêmes les changements nécessaires à leur traitement en fonction de certains symptômes, comme par exemple l'utilisation de diurétiques.
- e. Promouvoir le soutien social et être plus présent, en tant que soignants, si les patients sont peu entourés.

2) Des stratégies en lien avec le traitement :

- a. Simplifier le traitement
- b. Apprendre à lire les étiquettes pour identifier les aliments qui contiennent beaucoup de sel et éviter ainsi la compliance non intentionnelle (concept intéressant !).

3) Des stratégies en lien avec les professionnels :

- a. Augmenter les visites à domicile et/ou les contacts téléphoniques.
- b. Prévenir les confusions possibles entre des recommandations apparemment contradictoires.

◆ Les recommandations de Jaarsma (2005) concernant les différentes parties du management d'un programme de réadaptation cardiaque sont les suivantes :

- Réaliser les diagnostics les meilleurs,
- Optimiser les thérapeutiques médicales avec et sur base de guidelines,

⁷ in <http://kce.fgov.be>

- Utiliser une approche d'équipe (team approach),
- Assurer un follow-up constant et prévoir un premier suivi 10 jours post intervention,
- Ne pas surcharger le planning.
- Optimiser l'accès des patients auprès de l'ensemble des membres de l'équipe de réadaptation,
- Faire de l'éducation du patient et des séances de counseling intenses,
- Faire attention aux stratégies de comportements,
- Détecter les barrières mises en place pour la non-compliance,
- Porter une attention particulière aux signes et symptômes (ex : télémonitoring),
- Programme d'exercices,
- Diététique alimentaire adaptée à chaque patient et donc pour ce faire, une certaine flexibilité est indispensable.

◆ Rich et al., (1996, USA) confirment l'intérêt de cibler des patients à haut risque et d'utiliser une approche globale de prise en charge. Ils affirment, au vu des résultats de leur étude, qu'une stratégie d'intervention multidisciplinaire et coordonnée par une infirmière contribue significativement à réduire le taux de réadmissions et à augmenter la qualité de vie chez les patients âgés ayant eu un infarctus.

◆ En 2002, dans le cadre d'une revue de littérature consacrée à la participation, l'intersectorialité, le travail en réseau et les politiques locales de santé, Doumont et Sandrin-Berthon (Belgique) avaient déjà beaucoup insisté sur l'importance d'une approche multidisciplinaire.

Les auteurs avaient identifié des facteurs de réussite, comme par exemple :

- une philosophie de projet explicite et partagée,
- une répartition claire du travail, écrite noir sur blanc et allant dans le sens d'une complémentarité entre les différents acteurs,
- des rencontres régulières afin de réfléchir collectivement aux orientations à donner au projet,
- le respect mutuel des compétences individuelles,
- la mise en évidence des intérêts communs mais également des limites de chacun,
- une évaluation permanente des processus de prise de décisions et d'actions.

Doumont et Sandrin-Berthon concluaient en soulignant que pour certains professionnels « *travailler en synergie relève d'une idéologie ou d'un état d'esprit alors que pour d'autres, il s'agit d'une attitude voire d'une méthode* » et que si la multidisciplinarité relève d'une démarche optimiste et volontaire, elle ne va pas de soi et exige de nombreux efforts individuels et collectifs ainsi que l'identification claire et précise des attentes et objectifs de chacun.

4. Conclusions

Au terme de cette revue de littérature, il semble évident qu'il existe un consensus sur la nécessité et l'intérêt de développer une approche multidisciplinaire dans le cadre de la prise en charge de maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète, asthme, lombalgies, etc) mais également dans le cadre précis de la réadaptation cardiaque (Van Weert et al., 2003 ; Rich et al., 1996, Hevey et al. 2003 ; Jaarsma, 2005 ; etc).

En effet, l'approche multidisciplinaire permet d'améliorer la qualité de vie du patient, de réduire le nombre de réadmissions et de diminuer les taux de mortalité. La multidisciplinarité est d'ailleurs une approche/stratégie largement encouragée et privilégiée dans le champ de l'éducation pour la santé.

Toutefois, si de nombreux auteurs expriment la nécessité de développer ce mode de prise en charge, peu la définissent, voire en décrivent les modalités d'opérationnalisation (peu de description concernant les processus mis en place).

Cependant, la multidisciplinarité ne va pas de soi et relève parfois de la gageure...

D'une part, la prise en charge d'un patient atteint de maladies cardiaques est relativement complexe et d'autre part, la multiplicité des acteurs pose tout le problème de la gestion et de la coordination des activités mises en place (risque de confusion entre les missions des différents membres d'une équipe, existence de zone de chevauchement, objectifs et intérêts divergents, peu d'homogénéité de formation, résistance aux changements, manque d'évaluation concernant le processus mis en place, etc), (Van Weert et al. 2003 ; Euller-Ziegler et Ziegler, 2001 ; etc).

Il est donc indispensable de développer une philosophie de projet explicite et partagée, d'agencer des procédures formelles de collaboration, de privilégier un travail de concertation permanent au sein de l'équipe, d'identifier les objectifs et attentes de chacun des partenaires/acteurs, de nommer un coordinateur responsable sans oublier d'initier un processus d'évaluation permanent.

Enfin, pour obtenir l'adhésion et la participation régulière des patients aux séances de réadaptation cardiaque, il faut veiller à adapter les programmes de réadaptation au profil de chacun des patients. L'auto-efficacité a été démontrée, notamment par Everett et al. (2009), comme facteur favorisant les comportements de santé favorables, y compris la pratique d'exercices.

Voilà donc un autre défi pour les professionnels de santé ... Comment envisager favoriser et augmenter la confiance des patients dans leur capacité d'obtenir des résultats, voire des performances et d'adopter des comportements adéquats ; ceci dans le cadre précis de séances de réadaptation cardiaque ?

Le renforcement des compétences psycho-pédagogiques des professionnels de santé et une meilleure sensibilisation de ceux-ci aux démarches et stratégies d'éducation et de promotion de la santé les aideront sans aucun doute à relever ce challenge.

5. Bibliographie

Austin J, Williams R, Ross L, Moseley L, Hutchison S. (2005), Randomised controlled trial of cardiac rehabilitation in elderly patients with heart failure. *The European Journal of Heart failure*, 7: pp. 411-417.

Degré, (2004), Médecine de réadaptation, Groupe de travail réadaptation cardiaque du collège des médecins-directeurs et du conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle, in <http://www.inami.fgov.be/care/...group-readaptation/.../cardio.pdf>.

Denolle T., Dib M., Revault d'Allonnes F., (2008), La réadaptation post-infarctus et l'éducation thérapeutique, *ADSP*, 63, juin 2008, pp. 68-71.

Doumont D., Sandrin-Berthon B., (2002), Participation, intersectorialité, travail en réseau, politiques de santé locale : Quels enjeux pour la promotion de la santé ?, Série de dossiers techniques, UCL, Unité RESO, juin 2002, réf. : 02-17, 26 pages.

Doumont D., Libion M-F., (2008), Quelles sont les bonnes pratiques en termes de promotion de la santé cardiovasculaire ? Série de dossiers techniques, UCL, Unité RESO, juillet 2008, réf. : 08-50, 45 pages.

Euller-Ziegler L., Ziegler G., (2001), Qu'est-ce qu'une approche multidisciplinaire? Définition, cadre de soins, problématique, *Revue de Rhumatologie*, 68, pp. 126-130.

Everett B., Salamonson Y., Davidson P. M., (2009), Bandura's exercise self-efficacy scale : Validation in an Australian cardiac rehabilitation setting, *International Journal of Nursing Studies*, 2009, 6 pages, in Press.

Freyens A., Brendel F., Maassen Ch., Cogniaux St., Giet D., (2005), Programme pluridisciplinaire d'éducation à la santé de patients diabétiques de type 2 traités à domicile. *Rev. Méd. Liège*, 60 : 5-6, pp. 604-611.

Fridlund B., (2002), The role of the nurse in cardiac rehabilitation programs., *European Journal of Cardiovascular nursing*, 1, pp. 15-18.

Gagnon S., Linsel-Corbeil G., Duquesnoy B, (2009), Le Renodos, Approche multicentrique de la prise en charge pluridisciplinaire des lombalgies chroniques : expérience du Réseau Nord-Pas-de-Calais du Dos (Renodos), *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 52, pp. 3-16.

Hevey D., McGee H.M., Cahill A., Newton H., Horgan J.H. , (2000), Training cardiac rehabilitation coordinators., *Coronary Health Care*, 4, pp. 142-145

Jaarsma T., (2005), Health care professionals in a heart failure team., *The European Journal of heart Failure*, 7, pp 343-349.

Laprérie A.-L., Le Hélias L., Herbouiller P., Hossler V., Stora O., Lambert H., Mariaux C., Lacaze G., Guibert-Hériveau H., Gravouille E., Greffier C., Trochy J.-N., (2007), Education et prise en charge multidisciplinaire dans l'insuffisance cardiaque chronique, *Annales de cardiologie et d'angiologie*, 56, pp. 159-162.

Nolan J, Nolan M, Booth A., (2001), Developing the nurse's role in patient education : rehabilitation as a case example. *International journal of nursing studies*, 38, pp. 163-173.

Orme J, de Viggiani N, Naidoo J, Knight T., (2007), Missed opportunities ? Locating health promotion within multidisciplinary public health., *Public Health* 121, pp. 414-419.

Rapport du Sous Groupe de Travail Ministériel : Réadaptation Cardiaque – Février 2007,
in <http://www.inami.fgov.be/care/...group-readaptation/.../cardio.pdf>.

Rich M, Beckham V, Wittenberg C, Leven C, Freedland K, Carney R., (1996), A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *The New England Journal of Medicine*, 333(18) : pp. 1190-1195.

Strömberg A., (2005), The crucial role of patient education in heart failure, *the European Journal of Heart Failure*, n° 7, pp. 363-369.

Van der Wal L, Jaarsma T , van Veldhuisen D., (2005), Non-compliance in patients with heart failure. How can we manage it ? *The European Journal of Heart failure*, 7: pp. 5-17.

Van Weert J, van Dulmen S, Bär P, Venus E., (2003), Interdisciplinary patient education in cardiac surgery, *Patient education and counseling*, 49, pp. 105-114.

Wood D.A., Kotseva K., Jennings C., Mead A., Holden A., Connolly S., De Bacquer D., De Backer G., on behalf of the EuroAction Study Group, (2004), Euroaction : A European society of cardiology demonstration project in preventive cardiology. A cluster randomised controlled trial of a multi disciplinary preventive cardiology programme for coronary patients, asymptomatic high risk individuals and their families. Summary of design, methodology & outcomes., *European Heart Journal Supplements*, 6 (Supplement J), pp. J3-J15.