

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION LORRAINE
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHÉRAPIE
DE NANCY

ÉDUCATION DU PATIENT EN POST-INFARCTUS

Rapport de travail semi personnel
présenté par Catherine Desmoulin-Merger
étudiante en 3^e année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du diplôme d'état de
masseur-kinésithérapeute
1995 - 1996

SOMMAIRE

RESUME

1. INTRODUCTION	P1
2. REEDUCATION CARDIAQUE	P1
2. 1 Définition	P1
2. 2 Principes généraux de la rééducation	P2
2. 3 Les différentes phases de la rééducation	P2
2. 3. 1 Phase I	P2
2. 3. 2 Phase II	P2
2. 3. 3 Phase III	P2
3. INSUFFISANCE CORONAIRE	P3
3. 1 Définition	P3
3. 2 Rappel de la circulation coronarienne	P3
3. 3 Les facteurs de risque	P4
3. 4 Retentissement de la diminution du débit coronarien	P4
3. 4. 1 La sténose : l'angor d'effort	P4
3. 4. 2 L'obstruction : l'infarctus	P4
4. LA REEDUCATION COMME MOYEN D'EDUCATION	P5
4. 1 Les principes	P5
4. 1. 1 Identification du patient	P5
4. 1. 1. 1 Sa maladie	P5
4. 1. 1. 2 Ses activités	P5
4. 1. 1. 3 Ses projets	P5
4. 1. 2 Les objectifs	P6
4. 1. 3 Planification de programme	P7
4. 2 Techniques et méthodes d'éducation	P7
4. 2. 1 Les exercices	P7
4. 2. 2 Les moyens d'auto-surveillance	P8

4. 2. 2. 1 Les signes fonctionnels	P8
4. 2. 2. 1. 1 La douleur angineuse	P8
4. 2. 2. 1. 2 La dyspnée ou essoufflement	P8
4. 2. 2. 1. 3 La fatigue	P9
4. 2. 2. 1. 4 L'aspect cutané	P9
4. 2. 2. 2 Le pouls	P9
4. 3 Les supports	P10
5. EXEMPLE DE PROGRAMME D'EDUCATION	P10
6. CONCLUSION	P14
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

RESUME

Nous nous sommes intéressés dans ce travail aux liens existants entre la rééducation et l'éducation du patient en post-infarctus. Il apparaît nettement qu'il ne faut pas dissocier ces deux éléments, puisque l'éducation fait partie intégrante de la rééducation et ce dans un seul et unique but : l'indépendance du malade. Il s'agit alors d'apporter aux patient toutes les connaissances théoriques et pratiques selon un programme pédagogique structuré, progressif et adapté à chacun. Il est donc indispensable d'utiliser tous les moyens à notre disposition afin de sensibiliser au mieux chaque malade en vue de son retour à domicile, sans ne jamais perdre d'esprit ces deux mots clés : autonomie - sécurité.

1. INTRODUCTION

Selon l'article 1er de la constitution de 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé, (O.M.S.) définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social.

Cette définition, bien que vraisemblablement idéaliste, bouleverse cependant l'idée selon laquelle la santé résulte de l'absence de maladie.

Ainsi, cette vision nouvelle renforce l'idée de prévention et d'éducation à la fois vis à vis d'une population "saine" - et ce afin d'éviter l'apparition de la maladie - mais aussi et surtout vis-à-vis d'une population atteinte d'une maladie, dans le but de prévenir les complications et de limiter la dépendance du malade, en lui permettant d'accepter son état, et de vivre mieux son handicap.

L'éducation s'affirme d'abord comme une nécessité économique, mais également éthique dans le but de donner au patient tous les moyens cognitifs et techniques d'une gestion de sa maladie (1).

2. REEDUCATION CARDIAQUE

2. 1. Définition

En 1964, l'O.M.S définit les différents buts poursuivis par la rééducation cardiaque : c'est l'ensemble des activités nécessaires pour assurer aux handicapés cardiaques une condition physique, mentale et sociale optimale leur permettant de reprendre par leurs propres efforts une place aussi normale que possible dans la communauté et avoir une activité productrice.

2. 2. Principes généraux de la rééducation cardiaque

- précocité de la prise en charge.
 - progressivité.
 - régularité.
 - intensité nécessaire et suffisante.
 - individualisation en fonction de la cardiopathie et des objectifs poursuivis.
- réajustement dans le temps du niveau d'entraînement en fonction des progrès réalisés ou au contraire des problèmes ou complications rencontrés.
- persévérance.
 - attitude éducative de l'ensemble de l'équipe de soins.

2. 3. Les différentes phases de la rééducation

2. 3. 1 Phase I

C'est la phase aigüe, elle est hospitalière et suit immédiatement l'incident. Le but consiste au lever précoce du malade afin d'éviter toute complication liée au décubitus et à l'immobilité permettant une indépendance fonctionnelle rapide. Sa durée est en moyenne de 15 à 20 jours.

2. 3. 2 Phase II

C'est la phase de convalescence où le patient est adressé à un établissement spécialisé. Elle comprend la phase intermédiaire faisant transition avec la phase I ne permettant pas de réentraînement poussé, et la phase de réentraînement progressif à l'effort. Sa durée est de 2 à 10 semaines selon le cas.

2. 3. 3 Phase III

Elle se déroule à domicile. Elle consiste en un maintien des résultats acquis précédemment ou même en une amélioration et

nécessite donc une auto surveillance ainsi que des examens médicaux réguliers.

C'est en vue de cette phase que l'éducation aura toute son importance car il faudra s'assurer que l'attitude et le comportement du malade ne soient pas en contradiction avec les objectifs prévus initialement.

3. L'INSUFFISANCE CORONAIRE

3. 1 Définition

On regroupe sous ce titre toutes les manifestations cardiaques en rapport avec une diminution du débit sanguin ou son interruption dans un ou plusieurs vaisseaux coronaires.

3. 2 Rappel sur la circulation coronarienne

Il existe deux artères coronaires (droite et gauche) qui naissent à la racine de l'aorte et qui assurent la vascularisation du myocarde :

- L'artère coronaire droite qui se prolonge par l'artère interventriculaire postérieure permettant l'irrigation du ventricule droit, la paroi postéro inférieure du ventricule gauche ainsi que la partie postérieure du septum.

- L'artère coronaire gauche qui se divise rapidement en 2 troncs

- *L'artère interventriculaire antérieure qui vascularise la face antérieure du coeur, la partie antérieure du septum et la pointe du coeur.

- *L'artère circonflexe qui vascularise la face latérale du coeur.

3. 3 Les facteurs de risque

- le cholestérol (L.D.L qui est fortement athérogène et qui dépend essentiellement de l'alimentation en graisses.)
- les triglycérides
- le diabète
- l'hypertension artérielle
- le tabac
- l'obésité
- la sédentarité
- le stress

3. 4 Retentissement de la diminution du débit coronaire

3. 4. 1 La sténose: l'angor d'effort

Elle correspond au rétrécissement progressif de la lumière de l'artère coronaire et donc à une diminution du débit sanguin. Ceci se traduit alors par une douleur constrictive, cédant à l'arrêt de l'effort, reproductible et dont la forme la plus typique est une barre thoracique irradiant vers l'épaule et le bras gauche, le cou, le maxillaire inférieur, le dos entre les deux omoplates ou quelques fois vers le bras droit ou les deux bras. L'angor est le témoin d'une ischémie myocardique.

3. 4. 2 L'obstruction: l'infarctus

Un tronc coronaire s'obstrue; une zone du myocarde s'ischémie en aval puis se nécrose. L'étendue de cet infarctus myocardique dépend de l'importance de la zone qu'avait en charge le tronçon thrombosé et des possibilités de mise en jeu d'une circulation de suppléance. Cette zone sera rapidement le lieu d'une cicatrisation (2).

4. LA REEDUCATION COMME MOYEN D'EDUCATION

4. 1 Les principes

4. 1. 1 Identification du patient

4. 1. 1. 1 Sa maladie

Il s'agit de l'histoire de la maladie, son évolution, son traitement actuel, éventuellement d'autres problèmes de santé plus ou moins liés risquants d'influencer son état et son comportement.

Ces éléments nous permettent d'apprécier le degré d'intéressement du malade envers sa maladie, ainsi que les défauts de compréhension ou au contraire les acquis.

4. 1. 1. 2 Ses activités

Nous explorons alors le côté professionnel, l'environnement familial et social, les loisirs du malade.

Il sera alors possible d'une part, d'évaluer la dimension psychologique du malade et d'apprécier d'autre part, la compatibilité de son environnement avec sa maladie.

4. 1. 1. 3 Ses projets

Ils témoignent du degré de motivation du malade, c'est-à-dire du désir ou non de reprendre une vie normale et ce sans contre-indication avec son état de santé.

4. 1. 2 Les objectifs

Il s'agit tout d'abord d'établir le plus précisément possible "l'état" cardiaque de chaque malade dans le but de ne pas surestimer ni même sous estimer les capacités de chacun et d'être capable de répondre à toutes les questions pratiques que les patients seront en droit de se poser en vue de leur retour à domicile.

L'éducation suppose avant tout une parfaite compréhension de la maladie par le patient lui-même et du pourquoi de la rééducation (exercices physiques, respiration, surveillance).

Il convient par ailleurs de rééduquer et donc d'éduquer à l'effort grâce à des exercices kinésithérapiques simples (mouvements d'éducation physique générale, exercices respiratoires), des exercices de réentraînement (marche à l'extérieur, cycloergomètre, manivelle ergométrique, tapis roulant, rameur) mais également dans le cadre d'exercices utilitaires relatifs aux besoins du malade (activités de professionnelles et de loisirs...).

En plus de jouer un rôle important dans le réentraînement à l'effort avec des conditions de sécurité importantes, la rééducation cardiaque doit avoir comme but essentiel l'autonomie du malade. Il est donc nécessaire, et ce dès le début de la prise en charge, de préparer le patient à son indépendance par l'apprentissage de l'auto-surveillance (auto-prise de pouls) et de l'évaluation des signes fonctionnels (douleur angineuse, dyspnée, fatigue, coloration des téguments, sudation) lors d'un effort quel qu'il soit, pour déterminer de façon suffisante mais non excessive le retentissement du dit effort sur la fonction cardiaque

Cependant, l'éducation à proprement parlé, ne suffit pas à elle seule, et n'a aucune valeur si la technique pédagogique n'est pas validée,

c'est à dire si elle n'est pas suivie d'évaluations répétitives permettant de juger de façon objective l'aptitude d'assimilation et de compréhension de chaque malade et ce à court, moyen et long terme

4. 1. 3 Planification de programme

Elle consiste à organiser dans le temps des séquences d'apprentissage dont le suivi par le patient doit lui permettre d'atteindre les objectifs fixés (1).

Il s'agit d'amener progressivement le malade à un niveau de connaissances théoriques (intellectuelles) et pratiques (gestuelles) suffisant et nécessaire pour une auto-prise en charge de qualité, dans des conditions de sécurité optimales.

4. 2 Techniques et méthodes d'éducation

4. 2. 1 Les exercices

Qu'ils soient d'entraînement ou utilitaires, ils sont définis d'après leur intensité qui doit être nécessaire et suffisante mais qui ne doit jamais entraîner une élévation de la fréquence cardiaque (nombre de battements cardiaques par minute) au delà d'une certaine valeur déterminée préalablement d'après un test d'effort.

Par ailleurs la respiration doit rester libre tout au long de l'exercice ce qui exclu tout effort à dominante isométrique (entraînant un blocage abdomino-diaphragmatique), un rythme de travail trop soutenu sans respect de pause, et implique un temps de travail raisonnable d'une durée totale fixée à l'avance, une reprise progressive après une longue interruption, ainsi qu'une mise en garde contre les comportements impulsifs, hyperactifs, les conditions climatiques extrêmes.

Ces exercices sont indispensables car ils évitent une fonte musculaire excessive; de plus ils suppriment peu à peu l'angoisse et redonnent goût à une vie plus active. La capacité vitale augmente ainsi que l'oxygénation; la meilleure utilisation de l'oxygène en permet une consommation moindre, ce qui amène le coeur à travailler plus économiquement pour s'adapter à l'effort. L'entraînement progressif diminue la fréquence pour un exercice donné et semble dilater les coronaires et les artères collatérales d'où une meilleure irrigation du myocarde (3).

4. 2. 2 Les moyens d'auto-surveillance

4. 2. 2. 1 Les signes fonctionnels

Ce sont ceux ressentis par le malade lui-même ou par son entourage.

4. 2. 2. 1. 1 La douleur angineuse

Nous distinguons 4 degrés :

- degré 1 : douleur incertaine.
- degré 2 : douleur fugace au début de l'effort et qui disparaît ensuite.
- degré 3 : douleur d'intensité moyenne qui cède à l'arrêt de l'effort.
- degré 4 : douleur intense qui ne cède pas.

L'exercice ne doit jamais déclencher un angor de degré 3.

Notons que l'angor peut être trompeur, à expression digestive (érucltations, nausées) ou respiratoire (blockpnée).

4. 2. 2. 1. 2 La dyspnée ou essoufflement

Nous distinguons là encore 4 degrés :

- degré 1 : accélération de la ventilation, sans gêne pour la conversation et respiration nasale.

- degré 2 : respiration à la fois nasale et buccale se traduisant par une conversation hachée.
- degré 3 : essoufflement important imposant des phrases courtes.
- degré 4 : essoufflement maximal n'autorisant plus de parole.

L'exercice ne doit jamais déclencher de dyspnée de stade 3.

4. 2. 2. 1. 3 La fatigue

La fatigue locale (d'origine purement musculaire) est à distinguer de la fatigue générale témoignant d'une mauvaise tolérance cardiaque à l'effort.

4. 2. 2. 1. 4 L'aspect cutané

Les téguments doivent rester colorés.

La pâleur est un signe péjoratif.

La sudation (sur téguments pâles et froids) est un indice péjoratif d'inadaptation circulatoire (2).

4. 2. 2. 2 Le pouls (carotidien ou radial le plus souvent)

Il reflète la valeur de la fréquence cardiaque, il est pris sur 15 secondes, puis on multiplie alors le résultat par 4 pour obtenir alors la fréquence cardiaque sur une minute.

* Exemple : vingt et une pulsations sur 15 secondes, donnent une fréquence cardiaque sur une minute de 84 (21x4).

Cette fréquence ne doit jamais dépasser la valeur imposée par le test d'effort.

4. 3 Les supports

Ils devront être multiples, différents les uns des autres et cela afin de s'adapter au mieux aux capacités intellectuelles et techniques de chaque malade.

Ainsi nous pouvons proposer des entretiens individuels, des tables rondes, des guides pratiques, des séances d'information avec diapositives, cassettes audio, films ou exercices pratiques.

5. EXEMPLE DE PROGRAMME D'EDUCATION

Nous intéressons essentiellement dans ce chapitre aux techniques d'évaluation, car les moyens d'explication théorique sont nombreux et variés (cours magistraux, schémas, illustrations, diapositives, films, cassettes audio...) .

Il est indispensable de respecter une progressivité afin de laisser aux patients le temps d'assimiler chaque notion. Le programme comportera ainsi plusieurs séances composées chacune d'une partie "théorie" et d'une partie "évaluation".

Par ailleurs, des discussions sous forme de table ronde, entretiens individuels, ainsi que des questionnaires pourront être proposés pour cibler au mieux les besoins de chaque malade.

PREMIERE SEANCE

- Explication théorique de l'infarctus et des facteurs favorisants
(§ 3.3 - 3.4)

- Evaluation : "Entourez la bonne réponse"

1° Les artères coronaires irriguent le coeur	Vrai	Faux
2° Les artères coronaires ne se bouchent jamais	Vrai	Faux
3° Vous pouvez manger autant de graisses que vous le désirez	Vrai	Faux
4° Vous guérirez plus vite en restant dans votre lit	Vrai	Faux
5° Le tabac est formellement déconseillé	Vrai	Faux
6° Le stress ne nuit pas à la santé	Vrai	Faux
7° Vous êtes diabétique et vous venez d'avoir un infarctus; vous devez impérativement poursuivre sérieusement le traitement de votre diabète	Vrai	Faux
8° Vous avez un excès de poids, vous ne faites aucun régime	Vrai	Faux

DEUXIEME SEANCE

- Explication théorique du pouls, de la prise de pouls (§ 4. 2. 2 2)

- Evaluation :

* Le patient prend son pouls et le correcteur verifie.

* Le patient prend le pouls de son voisin et le correcteur verifie.

* Mise en situation réelle, où l'on demande au patient de prendre son pouls lors d'un effort (escaliers, marche, cycloergomètre...).

TROISIEME SEANCE

- Explication théorique des effets des exercices (§ 4. 2. 1)

- Evaluation : " entourez la bonne réponse "

1° Votre ami vous propose une petite marche à pied, vous acceptez	Oui	Non
2° Vous rencontrez une personne en panne sur la route; vous lui proposez de pousser sa voiture	Oui	Non
3° Vous repeignez votre plafond en 3 heures sans faire de pause	Oui	Non
4° Vous allez jardiner en plein soleil alors qu'il fait plus de 36°	Oui	Non

5° Vous déménagez; vous vous occupez personnellement de porter la vaisselle, la télévision, et l'énorme carton rempli de livres !	Oui	Non
6° Vous devez avoir une activité physique régulière	Oui	Non
7° Vous décidez d'aller faire un sauna pour vous décontracter	Oui	Non
8° Celà fait trois mois que vous n'avez eu aucune activité physique et vous décidez de partir quand même faire 20 Km à vélo	Oui	Non
9° Lors d'un effort, votre pouls est de 29 sur 15 secondes; votre fréquence cardiaque maximale autorisée est de 100; vous devez ralentir votre rythme	Oui	Non

QUATRIEME SEANCE

- Explication théorique des signes fonctionnels (§ 4. 2. 2. 1).
- Evaluation : "Entourez la bonne réponse "

1° Vous êtes en train de tondre votre pelouse, vous ressentez alors une douleur thoracique qui ne cède pas; vous poursuivez quand même votre travail	Oui	Non
2° Vous marchez rapidement avec votre ami, mais vous ne pouvez plus lui parler convenablement : vos phrases sont courtes et hachées; vous décidez alors de vous reposer	Oui	Non
3° Vous repeignez votre façade; vous vous mettez alors à transpirer abondamment sans raison apparente; vous poursuivez quand même votre travail	Oui	Non
4° Vous vous levez fatigué, sans savoir pourquoi; vous ne vous sentez pas très bien tout au long de la journée; vous acceptez tout de même de participer à une randonnée prévue le lendemain à 6 heures	Oui	Non
5° Vous venez de monter trois étages, votre respiration s'accélère mais vous n'êtes pas essoufflé; vous vous arrêtez alors qu'il ne vous reste plus qu'un étage à monter	Oui	Non

QUESTIONNAIRE

- Quelles sont parmi ces propositions celles que vous aimeriez aborder plus précisément : "entourez le numéro correspondant"

- 1- Jardinage
- 2- Bricolage
- 3- Sports : lesquels ?
- 4- Activités professionnelles : laquelle ?

- 5- Rapports sexuels
- 6- Port de charges
- 7- Montée d'escaliers
- 8- Conduite de véhicules
- 9- Activités ménagères
- 10- Autres : précisez

Ce questionnaire permettra alors de répondre de façon beaucoup plus précise aux besoins de chaque patient. Le personnel soignant pourra préalablement se concerter afin d'étudier concrètement chaque problème.

Par la suite, une séance sous forme de table ronde pourra être envisagée pour aborder avec les malades les questions suggérées.

6. CONCLUSION

Il est certainement utopique de penser parvenir à une éducation parfaite des malades, parce que les facultés d'apprentissage sont propres à chacun et dépendent étroitement d'une part, des possibilités intellectuelles et gestuelles, et d'autre part, de l'environnement familial et social.

Par ailleurs, il est impératif de ce fixer une certaine limite, car il ne s'agit en aucun cas d'attribuer aux malades un rôle de soignant qui bien sûr ne leur est absolument pas dévolu. Cette pratique risquerait en effet, d'aller à l'encontre de nos objectifs, c'est à dire d'aboutir à une situation dangereuse pour les patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. **D'IVERNIS J. F., GAGNAYRE R.** - Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique. - 1ère édition. - Paris : Vigot, 1995. - 1990 p. Collection Education du patient.
2. **GOEPFERT P. C et CHIGNON.** - Rééducation et réadaptation cardiovasculaire. - 1ère édition. - Paris : Masson, 1984. - 166 p. - Collection de rééducation fonctionnelle et de réadaptation.
3. - Rééducation des cardiaques (opérés ou non). - Encyclopédie médico-chirurgicale. (Paris), Kinésithérapie 26505 A 10.
4. **WRIGHT. S.** - Physiologie appliquée à la Médecine. - 12ème édition. - Paris : Flammarion, 1973. - 591 p. - Collection Flammarion Médecine-Sciences.

ANNEXES

ANNEXE I

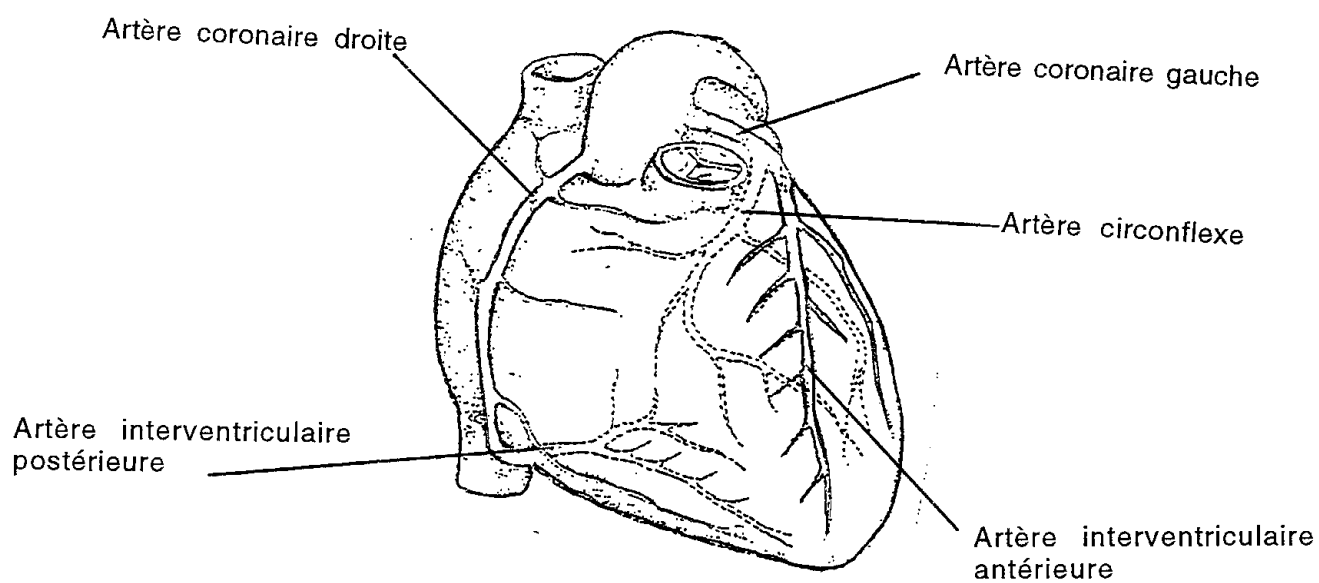


Figure 1 : Vascularisation du myocarde

ANNEXE II

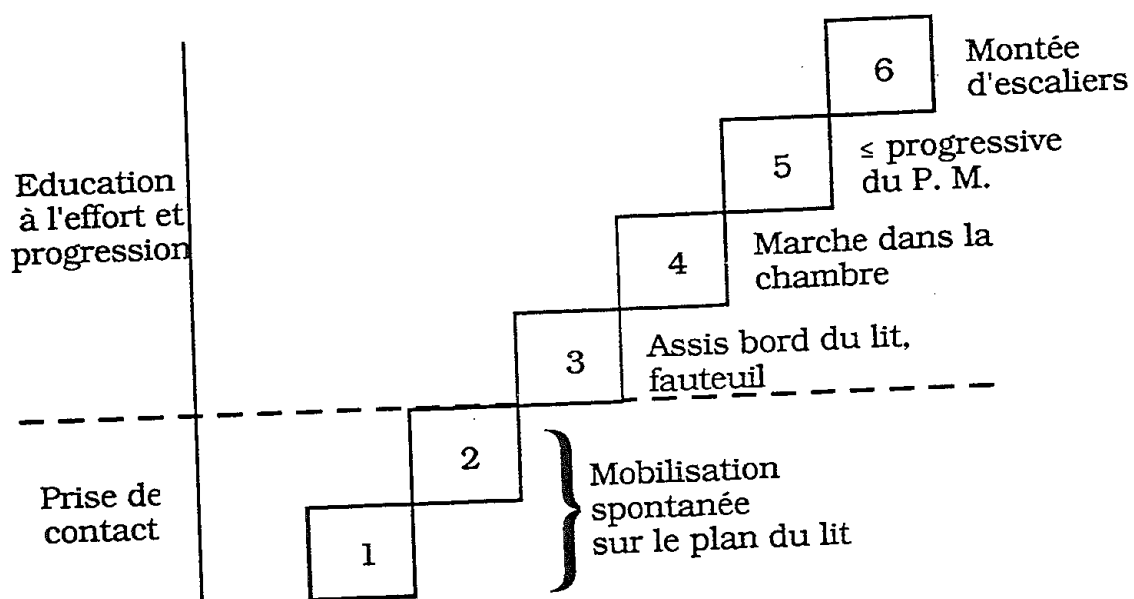


Figure 2 : Déroulement de la phase I

ANNEXE III

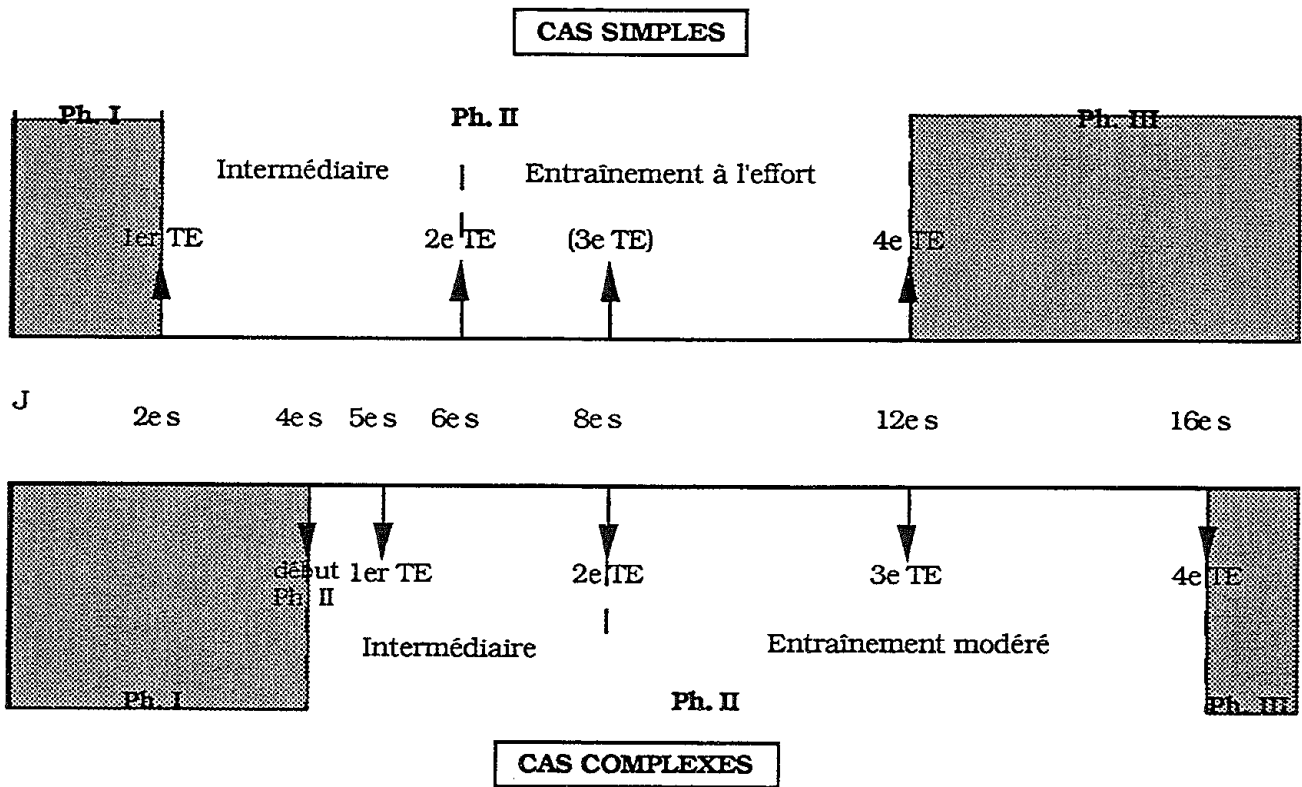


Figure 3 : Déroulement de la phase II