

Diplôme Inter Universitaire 2021-2022
PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE
Option paramédicale

**Bilan des acquisitions par le programme d'Education
Thérapeutique ambulatoire USICAR destiné aux patients
insuffisants cardiaques- Apport de la télésurveillance**

Etude sur 10 ans de fonctionnement

Catherine GINOT
Infirmière à l'Unité de Suivi des Insuffisants Cardiaques - Clinique du Diaconat- Mulhouse

Juin 2022

Diplôme Inter Universitaire 2021-2022
PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE
Option paramédicale

Bilan des acquisitions par le programme d'Education
Thérapeutique ambulatoire USICAR destiné aux patients
insuffisants cardiaques- Apport de la télésurveillance

Etude sur 10 ans de fonctionnement

Catherine GINOT
Infirmière à l'Unité de Suivi des Insuffisants Cardiaques - Clinique du Diaconat- Mulhouse
Juin 2022

REMERCIEMENTS

À Dr COURDIER, notre cardiologue de cœur pour son optimisme indéfectible, son enthousiasme intarissable et ses idées inépuisables.

À mes collègues pour leur présence solide et bienveillante, pour nos pleurs et nos rires partagés.

À nos patients pour leur confiance et la richesse de nos échanges. Ils ont tous une place à part dans ce travail et dans nos cœurs.

À tous les formateurs de ce DIU pour ce remue-méninges salutaire.

A mon mari, pour son expertise salvatrice dans la maîtrise d'Excel.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
MATERIEL ET METHODE	6
I. Présentation de l'Unité de Suivi des Insuffisants Cardiaques (USICAR)	6
1. Histoire	6
2. Recrutement des patients.....	7
3. Programme	8
4. Freins à l'inclusion	10
II. Objectifs de l'étude.....	10
III. Méthode	10
1.Type d'étude	10
2. Patients	11
3. Choix des items	11
4. Évaluation	12
RESULTATS	13
I. Population étudiée.....	13
1.Type de suivi	13
2. Sexe	14
3. Âge à l'inclusion.....	15
4. Évolution des cohortes	15
II. Evaluation de l'acquisition des 11 critères éducatifs	16
1. Items liés à la connaissance	17
2. Items liés au comportement	20
ANALYSE DISCUSSION	23
I. Population étudiée.....	23
II. Acquisition des objectifs éducatifs	24
1. A l'inclusion	24
2. Évolution des acquisitions	25

3. Apport de la télésurveillance	26
III. Limites de l'étude	27
IV. Voies d'amélioration	27
1. Recrutement	27
2. Programme.....	27
3. Évaluation	28
CONCLUSION.....	29
BIBLIOGRAPHIE.....	30
LISTE DES ABREVIATIONS.....	32
ANNEXES.....	33

INTRODUCTION

L'insuffisance cardiaque (IC) est un problème de santé publique majeur. C'est une maladie fréquente qui touche 2.3% de la population française et 10% des plus de 70 ans (1). Ce chiffre est en augmentation constante du fait du vieillissement de la population.

Malgré d'indéniables progrès thérapeutiques, c'est une maladie qui reste grave avec une mortalité de 50% à 5 ans après la première hospitalisation et qui impacte fortement la qualité de vie des patients. Selon Santé Publique France, plus de 56% des patients insuffisants cardiaques déclarent être en "mauvaise" ou "très mauvaise" santé (contre 9 % pour les personnes sans IC) et 50% s'estiment fortement limités dans les activités de la vie quotidienne (10 % pour les adultes sans IC) (1).

C'est enfin une maladie qui a un impact économique majeur. En 2019, elle représentait 1,85 % des dépenses de santé, soit 3,1 milliards euros avec une augmentation de 2,1 % par an depuis 2015 (2). Les hospitalisations sont longues avec une durée moyenne de séjour de 9 jours (3) et les réhospitalisations itératives fréquentes. Chaque année, l'IC est à l'origine de 165 000 hospitalisations avec 25% de ré-hospitalisations à trois mois et 45% dans l'année, après une hospitalisation pour décompensation cardiaque aigüe (3).

Et pourtant, selon la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, l'IC représente la moitié des séjours d'hospitalisation potentiellement évitables. La lutte contre les réhospitalisations, l'amélioration de la pertinence du parcours de soins dans l'insuffisance cardiaque sont donc considérées comme prioritaires dans le plan "Ma santé 2022" (4).

L'Education Thérapeutique du patient (ETP) qui est "un ensemble de pratiques visant à permettre au patient l'acquisition de compétences, afin de pouvoir prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins et sa surveillance, en partenariat avec ses soignants (5)", s'est très vite imposée comme un élément clef d'une prise en charge de qualité.

(1) Santé publique France

(2) RIO B. - La lettre du cardiologue N° 551-552 / févr. 2022

Le coût des maladies Cardionévrosclérotiques en France et son évolution : 27-30

(3) Cours de Pr M. DESNOS- Insuffisance cardiaque : un problème de santé publique – 18/10/21 dans le cadre du DIU prise en charge de l'insuffisance cardiaque

(4) Cardio Online. La lutte contre les réhospitalisations, priorité pour améliorer la pertinence du parcours insuffisance cardiaque (CNAM) <https://www.cardio-online.fr/Actualites/Depeches/lutte-contre-rehospitalisations-priorite-pour-ameliorer-pertinence-parcours-insuffisance-cardiaque>

(5) Définition ETP HAS 2007- Cours de Mr M. MORSA- Education thérapeutique du patient- 22/11/21 dans le cadre du DIU prise en charge de l'insuffisance cardiaque

Plusieurs études ont démontré son intérêt en termes de réduction de la morbi-mortalité et d'amélioration de la qualité de vie (6). Depuis 2016, cette pratique figure dans les recommandations de la Société Européenne de Cardiologie en classe 1A, ce qui correspond à une recommandation forte, confirmée par plusieurs études randomisées.

L'Alsace ayant une prévalence supérieure à la moyenne nationale pour les maladies cardiovasculaires et suite à un appel à projet du régime local d'Assurance Maladie qui souhaitait investir dans ces pathologies, nous avons ouvert, en 2002, l'Association de Prévention Mulhousienne contre l'Athérosclérose (ASPREMA). Née de la volonté du Docteur Guy COURDIER, cette association prend en charge les patients à haut risque cardiovasculaire et en prévention secondaire, dans le cadre d'un réseau de santé. Dès 2011, nous avons ouvert une branche dédiée aux patients insuffisants cardiaques avec un programme autorisé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Ce programme fait l'objet d'auto-évaluations annuelles et quadriennales. Il a également servi d'objet d'étude pour la thèse de doctorat en Médecine de Mme Anne JENNEVE et a donné lieu à une publication le 25 Septembre 2020 (7). Portant sur une cohorte de 159 patients, suivis sur la période janvier 2016- décembre 2017, cette étude montre une baisse très significative de la fréquence et du nombre de jours d'hospitalisation pour IC après l'inclusion dans le programme ainsi qu'une progression des connaissances à un an pour ces 159 patients. Un travail statistique mené sur 464 patients, réalisé à notre demande par le Dr François SEVERAC et son équipe de l'Université de Strasbourg, confirme ces bons résultats en termes de réduction des hospitalisations. Un an avant l'inclusion, par année de suivi et par patient, le nombre moyen de jours d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque est de 10,30. Après un an de suivi le nombre moyen de jours est de 2,58 soit un risque relatif divisé par quatre et statistiquement significatif (8). Après la deuxième année de suivi, le nombre moyen de jour est de 2,04.

Dans le cadre de ce mémoire, et après discussion avec notre cardiologue référent, j'ai choisi de travailler sur l'évolution des connaissances et des comportements des patients inclus dans le programme depuis l'ouverture du service en juin 2011 jusqu'au 31 décembre 2021. Je comparerai les patients bénéficiant d'un suivi ETP et téléphonique à ceux bénéficiant d'un suivi ETP couplé à la télésurveillance.

(6) Juillière Y, Trochu J.-N ; Jourdain P. Importance de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge multidisciplinaire de l'insuffisance cardiaque ; Annales de Cardiologie et d'Angéiologie 55 (2006) 11–16

(7) Jenneve A. , Lorenzo-Villalba N. , Courdier G., Talha S., Séverac F. Zulfiqar A., Arnold P., Lang P., Roul G; and Andrés E. Benefit of Ambulatory Management of Patients with Chronic Heart Failure by Protocolized Follow-Up Therapeutic Education and Remote Monitoring Solution: An Original Study in 159 Patients. J Clin Med.2020 Sep 25

(8) RR=0,25 - IC excluant la valeur 1 et p-value < 0,01

MATERIEL ET METHODE

I. Présentation de l'Unité de Suivi des Insuffisants Cardiaques (USICAR)

L'USICAR assure le suivi ambulatoire des patients insuffisants cardiaques.

Ses missions sont les suivantes :

- Améliorer le bien-être du patient
- Réduire les ré-hospitalisations en anticipant les épisodes de décompensation cardiaque par une éducation thérapeutique et une surveillance à domicile
- Garantir un suivi régulier du patient par des infirmières spécialement formées
- Rendre le patient autonome dans la prise en charge de sa maladie
- Centrer la prise en charge ambulatoire sur le patient en collaboration avec le médecin traitant et le cardiologue
- Établir un suivi coordonné des patients insuffisants cardiaques par tous les professionnels de santé (médecins traitants, cardiologues, infirmières et diététiciennes du réseau, infirmières à domicile, diététiciennes, kinésithérapeutes, pharmaciens, biologistes...). (9)

1. Histoire

La prise en charge des patients insuffisants cardiaques a donc débuté en Juin 2011 dans le cadre du réseau de santé ASPREMA, initialement dédié aux facteurs de risque, avec le soutien de l'ARS d'Alsace. Bénéficiant de l'expérience acquise depuis 2002 dans le domaine de l'ETP au sein de ce réseau, nous avons mis en place d'emblée, un programme structuré avec une organisation rigoureuse, notamment en matière d'évaluation, permettant cette étude aujourd'hui. Une infirmière à mi-temps et une diététicienne à ¼ temps ont débuté l'aventure.

L'activité de télésurveillance a débuté en 2013 avec une solution développée pour nous par la société Transdata System de BITCHE et dans le cadre d'une convention signée avec l'ARS.

Un logiciel développé sur mesure par la même société informatique a été utilisé dès le départ. Il permet l'informatisation de l'ensemble des données des patients : les données administratives, les antécédents, les examens complémentaires réalisés, les traitements, les résultats biologiques, les hospitalisations, le suivi éducatif, les données relevées en consultation, les objectifs fixés avec le patient, les consultations réalisées et programmées au service (voir annexe 1).

(9) Fondation de la Maison du Diaconat de Mulhouse. USICAR - Unité de Suivi des Insuffisants Cardiaques.

Ce logiciel permet également de générer les Plans Personnalisés de Santé (PPS) et les évaluations synthèse assurant la coordination avec les médecins traitants et les cardiologues. Il contient une solution de télésurveillance intégrée directement dans le dossier patient et un module d'évaluation de l'activité du réseau.

En 2015, sur demande de l'ARS, le réseau ASPREMA a fusionné avec le réseau diabète d'Altkirch pour devenir le Réseau de Santé de Sud Alsace (RSSA).

En 2016, le RSSA a souhaité cesser l'activité IC qui a été reprise par le Pôle Sanitaire Privé Mulhousien du Diaconat. Nous sommes devenus l'USICAR. J'ai rejoint le service à cette occasion. En Octobre 2019, nous avons ouvert une antenne à l'Hôpital Albert Schweitzer de Colmar.

Aujourd'hui, l'équipe de l'USICAR se compose de 5 cardiologues coordinateurs (Dr Patrick ARNOLD qui est aussi le référent, Dr Guy COURDIER, Dr Philippe LANG, Dr Wendy POULIN, Dr Pierre-François ROUSSEL), d'un cadre infirmier, d'une secrétaire temps plein intervenant sur les deux sites, de 3 infirmières soit 1,5 équivalent temps plein et 2 diététiciennes à 0,70 équivalent temps plein.

Nous sommes présents sur deux sites, la clinique du Diaconat de Mulhouse et l'Hôpital Albert Schweitzer de Colmar.

Nous travaillons en collaboration avec les Centres de Réadaptation LALANCE à Lutterbach, CAMUS à Mulhouse et RECARE à l'Hôpital Albert Schweitzer de Colmar.

Notre financement est assuré par la Fondation de la Maison du Diaconat de Mulhouse, l'ARS (financement missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation et un financement ETP) et par la Fondation Lucien Dreyfus.

Le programme est autorisé par l'ARS.

2. Recrutement des patients

L'inclusion des patients dans le protocole USICAR peut se faire de deux manières :

- Soit une entrée directe via le médecin traitant ou le cardiologue.
- Soit après une hospitalisation pour décompensation cardiaque. Ce mode d'entrée est très largement majoritaire.

Les infirmières de l'USICAR se rendent dans les services de cardiologie deux fois par semaine et débutent l'éducation des patients insuffisants cardiaques, à la demande des cardiologues ou des équipes soignantes : diagnostic éducatif, éducation sur la maladie et les objectifs de sécurité, utilisation d'outils pédagogiques (film "l'insuffisance cardiaque, parlons en" fait par les Hôpitaux Universitaires de Genève, remise d'un dossier éducatif sur l'IC, atelier "mon cœur est fatigué, j'en prends soin"), présentation du programme d'ETP

ambulatoire USICAR, évaluation de l'éducation si le patient a pu être vu deux fois, synthèse du diagnostic éducatif envoyé au médecin traitant. Une inclusion dans le programme USICAR est proposée et un rendez-vous en ambulatoire, dans les 15 jours qui suivent la sortie est programmé, si le patient le souhaite.

Cette étude ne portera pas sur cette éducation au cours de l'hospitalisation car elle n'est pas informatisée. Elle a, de plus, considérablement évolué et s'est formalisée progressivement en 10 ans.

3. Programme

Les patients bénéficient d'un programme d'éducation thérapeutique ambulatoire personnalisé, essentiellement en individuel mais également en ateliers. Les conjoints et aidants sont invités à participer aux séances. Trois ateliers sont proposés aux patients :

- "Sel, où te caches-tu ?" animé par la diététicienne
- "Jeu sur l'insuffisance cardiaque", jeu de plateau sous forme de jeu de l'Oie, animé par l'infirmière
- "Mon cœur est fatigué, j'en prends soin" animé par l'infirmière qui peut être accompagnée du cardiologue

En plus de cette prise en charge éducative, les consultations individuelles permettent à l'infirmière de réévaluer cliniquement le patient, de suivre les bilans biologiques récents et d'organiser les prochains rendez-vous avec le cardiologue et le médecin traitant.

L'USICAR fonctionne en réseau avec les médecins généralistes et les cardiologues libéraux pour les prescriptions des bilans biologiques et les adaptations de traitement si nécessaire.

Un suivi à domicile est également mis en place afin de dépister précocement une décompensation cardiaque et d'éviter les réhospitalisations. Ce suivi peut se faire par télésurveillance ou par téléphone.

► Le suivi par télésurveillance :

Le patient se connecte, via son ordinateur, sur une plateforme dédiée, à l'aide d'un mot de passe et d'un identifiant. Il répond à cinq questions :

- Avez-vous les chevilles gonflées ? : pas du tout, un peu, beaucoup
- Êtes-vous essoufflé ? : pas du tout, un peu, beaucoup
- Êtes-vous fatigué ? : pas du tout, un peu, beaucoup

- Toussez -vous ? pas du tout, un peu, beaucoup
- Ressentez-vous des palpitations ? : pas du tout, un peu, beaucoup

Il saisit manuellement son poids, sa tension et ses pulsations. Un champ libre commentaire est à sa disposition pour les différentes questions qu'il se pose. A la fin de l'opération, une courbe de poids s'affiche.

L'envoi des données se fait à une fréquence préalablement définie avec le patient, le plus souvent 1x/j ou 3x/semaine, notamment en début de suivi.

Les données envoyées passent par un algorithme qui génère automatiquement des alarmes en cas d'anomalie. Les résultats s'affichent sur le tableau de bord du logiciel des infirmières. En cas d'alerte, l'infirmière appelle le patient pour la valider puis en fonction de la situation, elle conseillera au patient de renforcer le régime hyposodé et/ou la restriction hydrique ou appellera son cardiologue/ médecin traitant pour décider de la conduite à tenir.

La fréquence d'envoi du questionnaire, le niveau des alarmes de télésurveillance sont personnalisés pour chaque patient. Le patient peut répondre à n'importe quel moment de la journée. L'envoi de ces données peut également être fait par un aidant ou l'IDE libérale du patient.

Nous répondons à tous les messages, qu'il y ait ou non une alarme, car nous avons constaté que cela renforçait l'alliance thérapeutique et l'adhésion du patient à cette démarche d'autosurveillance.

Si le patient n'est pas équipé informatiquement, nous lui prêtons une tablette tactile avec une connexion 4G configurée pour accéder facilement à la plateforme de télésurveillance.

Nous prêtons également des balances et des tensiomètres connectés mais nous privilégions la saisie manuelle qui rend le patient plus acteur de sa prise en charge, l'éduque à poursuivre cette action et en comprendre les résultats après l'arrêt de la télésurveillance.

La télésurveillance ne se fait pas dans le cadre du programme ETAPES car notre logiciel ne dispose pas encore du marquage CE, non demandé en 2013. Les démarches sont en cours.

► Le suivi téléphonique par appels téléphoniques programmés pour les patients ne souhaitant pas un suivi par télésurveillance. La fréquence sera fixée avec le patient, entre une fois par semaine idéalement et une fois par mois. L'infirmière ou le patient appellera pour le suivi du poids et des signes d'alerte. Ce suivi est plus chronophage car le patient n'est pas forcément joignable dès le 1^{er} appel, la conversation est souvent plus longue. Nous sommes souvent limités humainement et en termes de temps pour effectuer ce suivi comme nous le voudrions.

Dans les deux cas, les patients ont accès au même programme d'ETP, aux mêmes ateliers collectifs et ont les mêmes consultations en présentiel dans les locaux d'USICAR.

Une évaluation synthèse est réalisée tous les 6 mois et adressée au médecin traitant, au cardiologue et au patient. Un plan personnalisé de santé (PPS) est réalisé annuellement. Il reprend le contrat d'éducation établi avec le patient, identifie les freins et problématiques à la progression du patient. Il est envoyé au médecin traitant et au cardiologue pour une validation des objectifs proposés.

Les patients sont suivis sans limite de temps, en fonction de leurs besoins, de leur souhait et de l'évolution de la maladie.

4. Freins à l'inclusion dans le programme

Même si nous travaillons beaucoup avec les familles et les aidants pour lever ces freins, les troubles cognitifs importants, une perte d'autonomie majeure sont souvent des obstacles à l'inclusion dans le programme qui comprend beaucoup de séances en présentiel.

II. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est de déterminer l'évolution des connaissances et des comportements des patients inclus dans le programme ambulatoire USICAR.

- Dans quel délai se font les acquisitions ?
- Certains objectifs éducatifs sont-ils plus difficiles à atteindre que d'autres ?
- Les acquis se maintiennent-ils dans le temps ?
- Quel est l'apport de la télésurveillance dans ces acquisitions ?

III. Méthode

1. Type d'étude

Ce travail est une étude quantitative rétrospective réalisée sur deux sites, la clinique du Diaconat de Mulhouse et l'Hôpital Schweitzer de Colmar. Elle porte sur les patients inclus dans le programme USICAR entre le 29 juin 2011 et le 31 décembre 2021.

2. Patients

Tous les patients ont un diagnostic d'IC, posé par un cardiologue. Ils ont accepté de participer au programme ambulatoire et ont signé un contrat d'adhésion (voir annexe 2) conservé dans le dossier. Ils ont été admis directement par l'intermédiaire du médecin traitant ou du cardiologue ou suite à une hospitalisation pour une décompensation cardiaque. Ils suivent tous un programme d'ETP avec des consultations en présentiel et la possibilité d'assister à des ateliers d'ETP. Ils bénéficient en plus d'un suivi à distance soit par téléphone soit par télésurveillance.

Sont considérés comme étant sous télésurveillance, les patients ayant envoyé au moins deux messages, le 1^{er} message correspondant au test fait avec le patient lors de la mise en place de la télésurveillance.

3. Choix des items

11 items ont été jugés fondamentaux par l'équipe. Ils explorent le champ du savoir et du comportement. Ils sont indispensables pour que le patient puisse prendre en charge sa maladie, efficacement et en toute sécurité.

5 sont relatifs à la connaissance

- Explique sa maladie
- Connaît les signes d'alerte
- Connaît les aliments salés
- Connaît son traitement médicamenteux
- Sait quantifier ses apports hydriques

6 sont relatifs au comportement

- Se pèse régulièrement
- Bonne observance du régime hyposodé
- Respecte l'objectif d'apport hydrique
- Bonne observance du traitement médicamenteux
- Pratique une activité physique régulière
- Adapte son apport sodé journalier (à des situations particulières en anticipation et en correction : invitation, repas festif, choix du menu au restaurant, rétention hydrosodée)

4. Évaluation

Plusieurs outils sont utilisés afin de rendre l'évaluation valide, fiable et objective :

- Le document " Évaluer l'ETP" qui sert de trame pour les différentes évaluations et qui est conservé dans le dossier du patient (voir annexe 3).
- Le document " Évaluer l'ETP - correction " avec les réponses attendues. Il est destiné au professionnel réalisant l'évaluation (voir annexe 4).
- Le questionnaire d'observance thérapeutique en 6 questions (voir annexe 5).
- L'ordonnance du patient (lors du rappel téléphonique de rendez-vous, il est demandé au patient d'amener son ordonnance et son dernier bilan biologique).
- Test de connaissance sur les aliments salés (voir annexe 6).
- Document " Évaluation des apports hydriques " (voir annexe 7).
- Différents contenants pour une aide à la quantification des apports hydriques (annexe 8)
- Manuel photo pour l'estimation des quantités

Un tableau récapitulatif reprend pour chaque item, les outils utilisés et les indicateurs de l'évaluation (voir annexe 9).

Les évaluations sont faites lors d'entretiens individuels avec l'infirmière et la diététicienne. Les résultats sont saisis dans le dossier informatique du patient dans l'onglet suivi d'éducation (oui, non, ne sait pas)- (voir annexe 10).

Le module d'évaluation compile les résultats pour l'ensemble des patients dans des fichiers Excel dont il faut extraire et croiser les données.

J'ai choisi d'analyser l'acquisition de ces critères à l'inclusion dans le programme USICAR, à 6 mois, un an, deux ans et trois ans pour en apprécier l'évolution et le maintien dans le temps.

RESULTATS

I. Population étudiée

669 patients ont été inclus dans le programme USICAR entre le 29 juin 2011 et le 31 décembre 2021 dont :

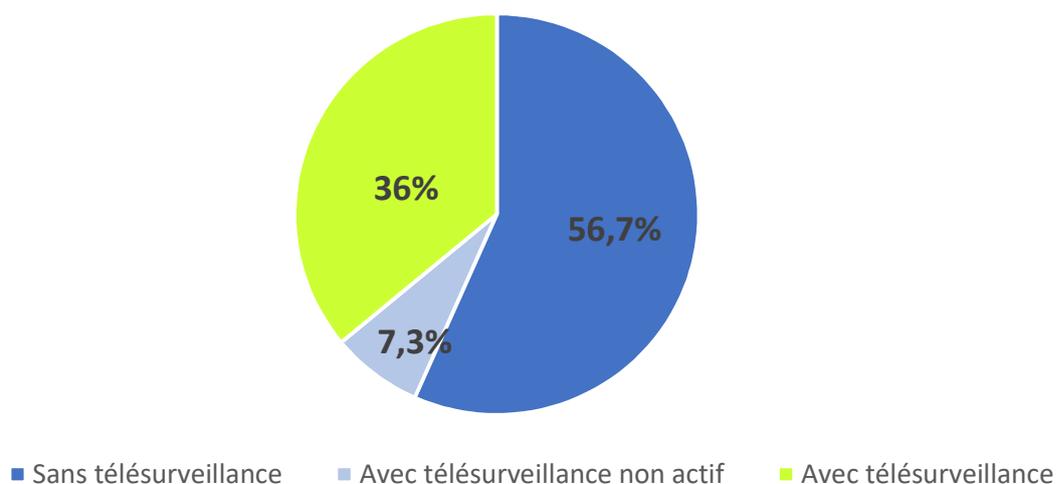
- 110 patients à l'antenne de l'hôpital Schweitzer de Colmar
- 559 patients à l'antenne du Diaconat de Mulhouse

8 patients (soit 1%) ont été adressés directement par leur cardiologue.

661 (99%) ont été inclus suite à une hospitalisation pour décompensation cardiaque. Ces patients ne sont pas vierges de connaissances puisqu'ils ont déjà bénéficié d'un début d'éducation lors de leur hospitalisation.

1. Type de suivi à distance

Figure 1: Répartition des patients par type de suivi à domicile



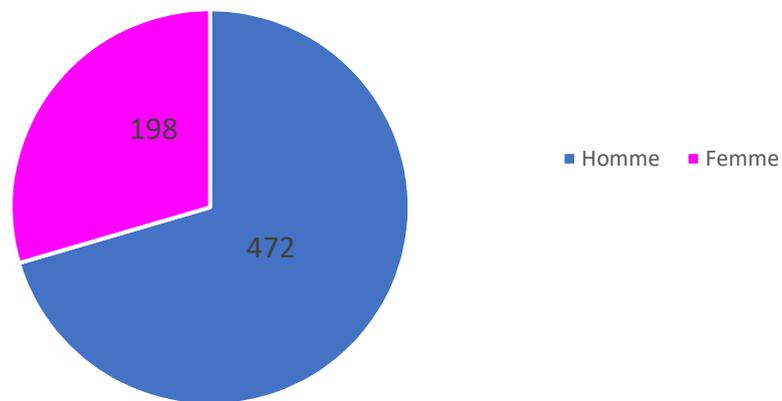
290 patients ont initialement été mis sous télésurveillance. 45 patients ont envoyé moins de 2 réponses. Ils sont considérés comme non actifs, une réponse unique correspondant au test fait en consultation lors de la mise en place de la télésurveillance. Après un entretien téléphonique avec l'infirmière, ces patients ont basculé vers un suivi téléphonique classique dans le 1^{er} mois.

241 patients ont finalement bénéficié d'un suivi par télésurveillance soit 36% de la cohorte générale, 428 patients ont été suivis par téléphone.

Entre le 29/09/2011 et le 31/12/2021, nous avons reçu 36407 messages de télésurveillance.

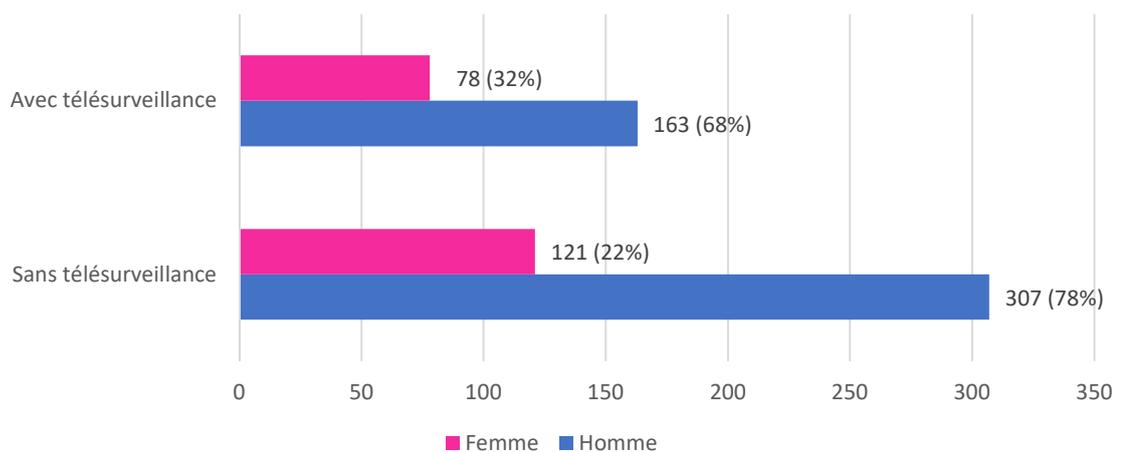
2. Sexe

Figure 2: Répartition par sexe- cohorte générale



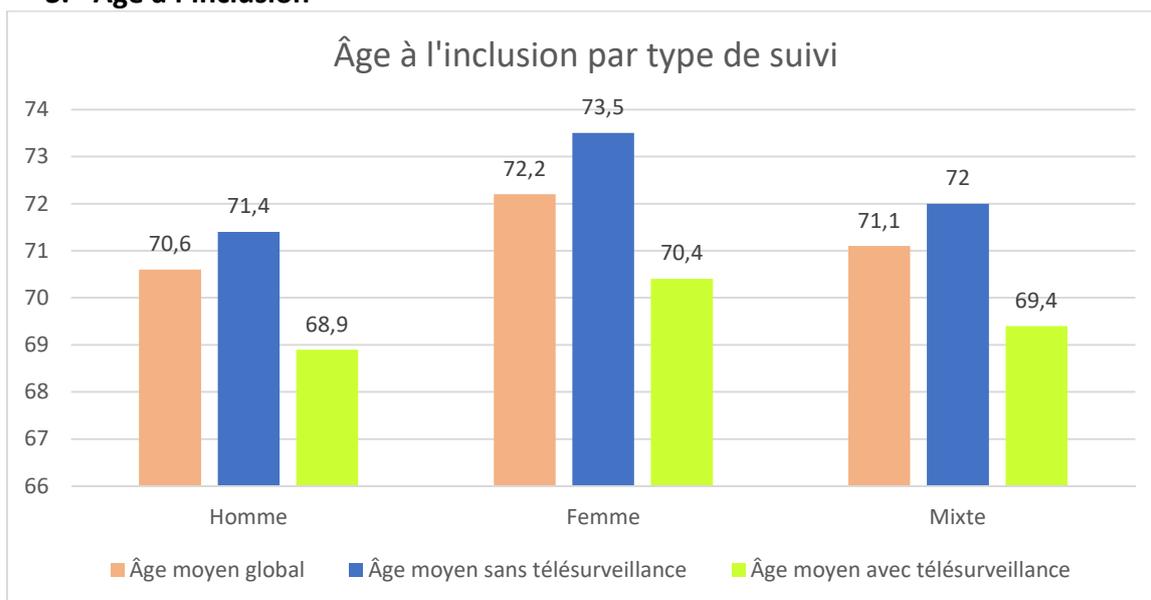
La population étudiée est composée de 30% de femme et de 70% d'hommes.

Figure 3: Répartition par sexe selon le type de suivi



Le sexe ratio homme/femme est de 2 pour les patients sous télésurveillance et de 2,5 pour les patients sans télésurveillance.

3. Âge à l'inclusion

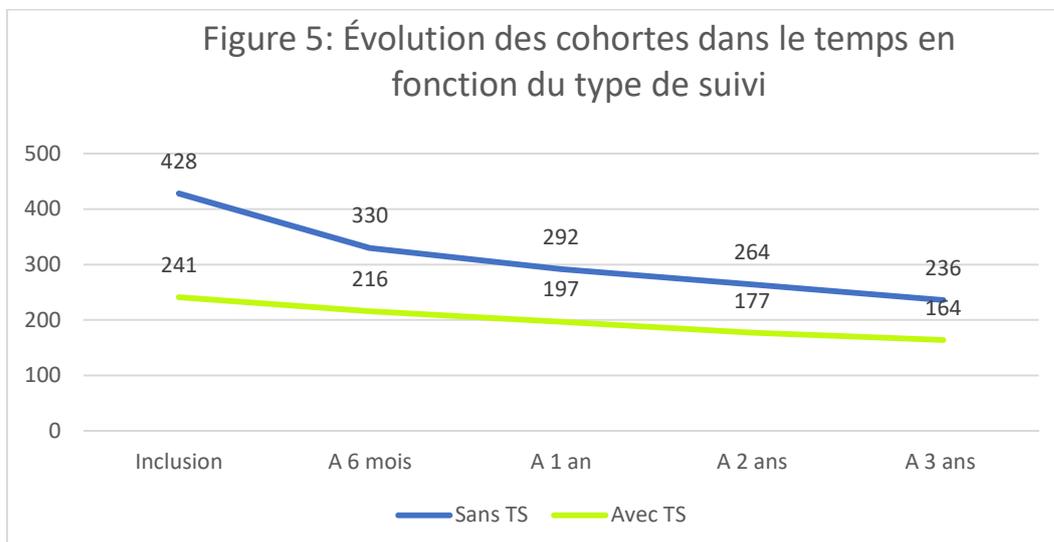


La moyenne d'âge des patients inclus dans le programme est de 71.1 ans à l'inclusion.

Les femmes sont plus âgées que les hommes d'1,6 an en moyenne.

Les patients sous télésurveillance sont plus jeunes de 2,6 ans en moyenne que les patients non télésuivis, 2,5 ans pour les hommes, 3,1 ans pour les femmes.

4. Évolution des cohortes



La durée moyenne de suivi au 31/12/21 est de 857,05 jours soit 2.35 années.

La sortie du programme peut se faire par abandon, décès ou en concertation avec l'infirmière quand les objectifs sont atteints et que le patient est autonome dans la gestion de sa maladie.

Pour les patients sans télésurveillance :

- 23 % des patients sans télésurveillance quittent le programme dans les 6 premiers mois
- 32% quittent le programme dans la première année
- 39% ont quitté le programme à deux ans

- 45% à 3 ans

Sous télésurveillance, il y a moins de sortie du programme notamment prématurée :

- 10% à 6 mois
- 18 % à 1 an
- 27% à 2 ans
- 32% à 3 ans

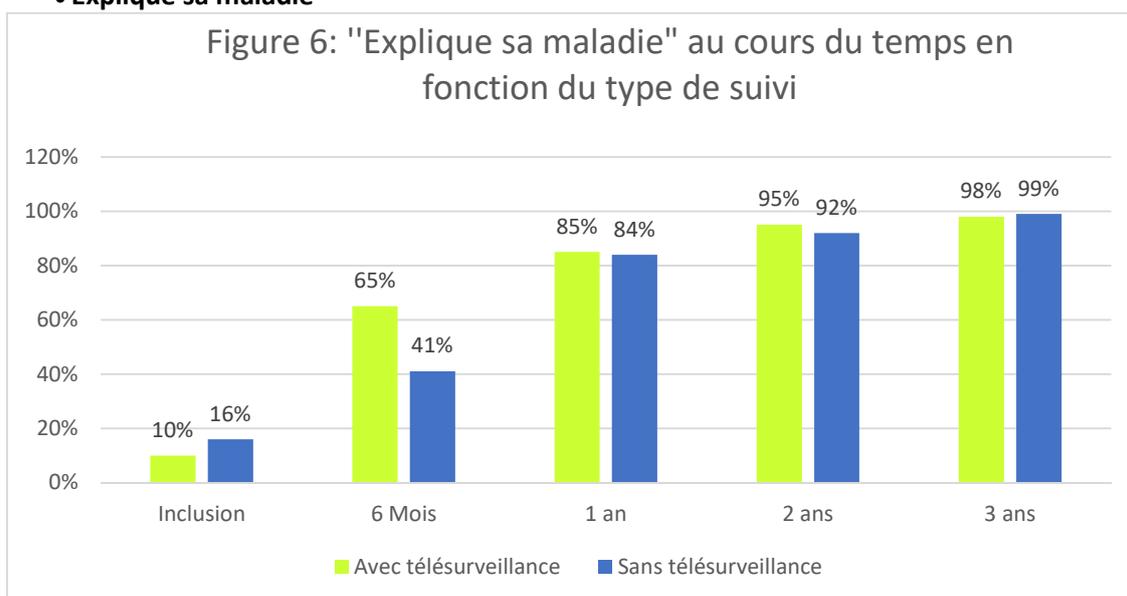
II. Évaluation de l'acquisition des 11 critères éducatifs

Tableau 1 : Pourcentage d'acquisition des items à l'inclusion, 6 mois, 1 an, 2 ans et 3 ans avec ou sans télésurveillance (TS)

Critères	Inclusion	6 Mois	1 an	2 ans	3 ans
Explique sa maladie avec TS	10%	65%	85%	95%	98%
Explique sa maladie sans TS	16%	41%	84%	92%	99%
Connaît les signes d'alerte avec TS	12%	78%	90%	99%	100%
Connaît les signes d'alerte sans TS	14%	45%	89%	97%	100%
Se pèse régulièrement avec TS	41%	93%	93%	95%	94%
Se pèse régulièrement sans TS	42%	86%	85%	83%	89%
Connaît les aliments salés avec TS	28%	89%	99%	99%	100%
Connaît les aliments salés sans TS	33%	85%	95%	98%	100%
Bonne observance du régime hyposodé avec TS	17%	62%	80%	80%	78%
Bonne observance du régime hyposodé sans TS	19%	56%	63%	66%	73%
Adapte son apport sodé journalier avec TS	3%	39%	50%	71%	83%
Adapte son apport sodé journalier sans TS	2%	25%	38%	60%	62%
Sait quantifier ses apports hydriques avec TS	30%	70%	85%	96%	94%
Sait quantifier ses apports hydriques sans TS	41%	77%	85%	94%	96%
Respecte l'objectif d'apport hydrique avec TS	45%	63%	81%	88%	89%
Respecte l'objectif d'apport hydrique sans TS	48%	74%	80%	83%	85%
Bonne observance du traitement médicamenteux avec TS	76%	97%	97%	98%	98%
Bonne observance du traitement médicamenteux sans TS	84%	95%	98%	98%	98%
Connaissance du traitement médicamenteux avec TS	17%	53%	64%	78%	92%
Connaissance du traitement médicamenteux sans TS	25%	52%	69%	80%	87%
Pratique une activité physique régulière avec télésurveillance	34%	45%	60%	66%	62%
Pratique une activité physique régulière sans télésurveillance	33%	57%	64%	60%	59%

1. Les items liés à la connaissance

• Explique sa maladie

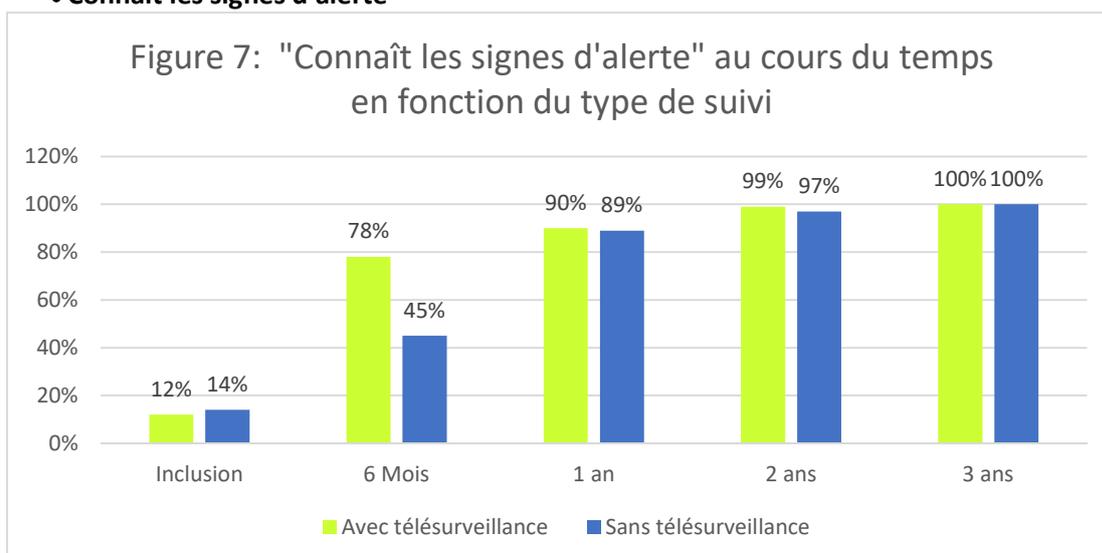


Les patients sous télésurveillance ont moins de connaissances à l'inclusion mais progressent très vite entre 0 et 6 mois. À 6 mois, 65% d'entre eux savent expliquer ce qu'est l'insuffisance cardiaque.

Les patients sans télésurveillance acquièrent la connaissance plus progressivement : à 6 mois, 41% seulement des patients expliquent leur maladie.

À partir de 1 an, l'acquisition de cette connaissance peut être considérée comme équivalente dans les deux cohortes avec de bons résultats qui continuent à progresser à 2 ans et 3 ans.

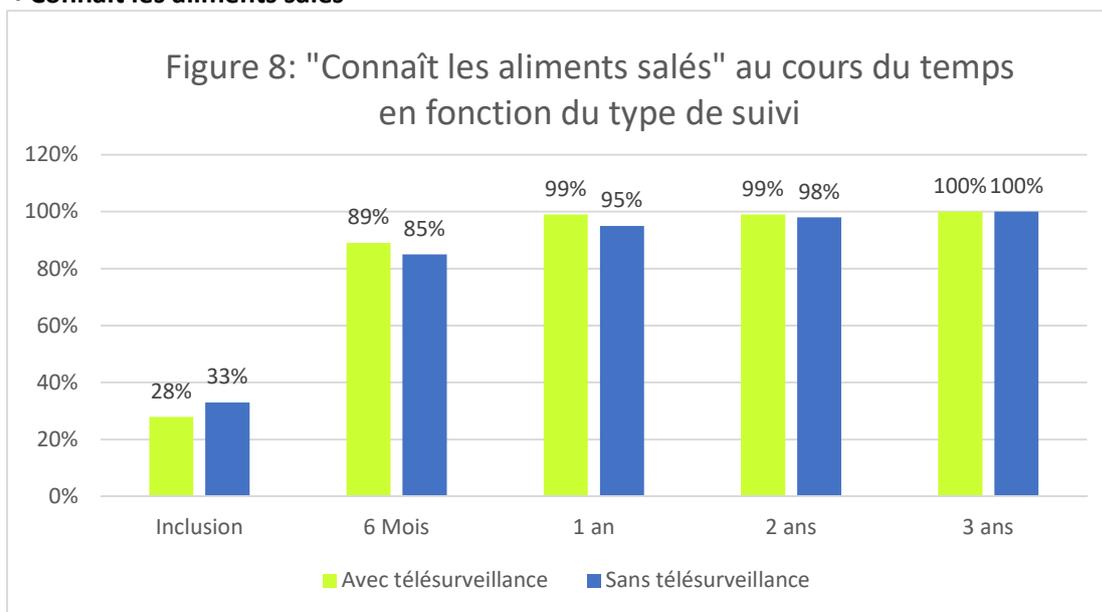
• Connaît les signes d'alerte



78% des patients sous télésurveillance acquièrent cette connaissance dans les 6 premiers mois.

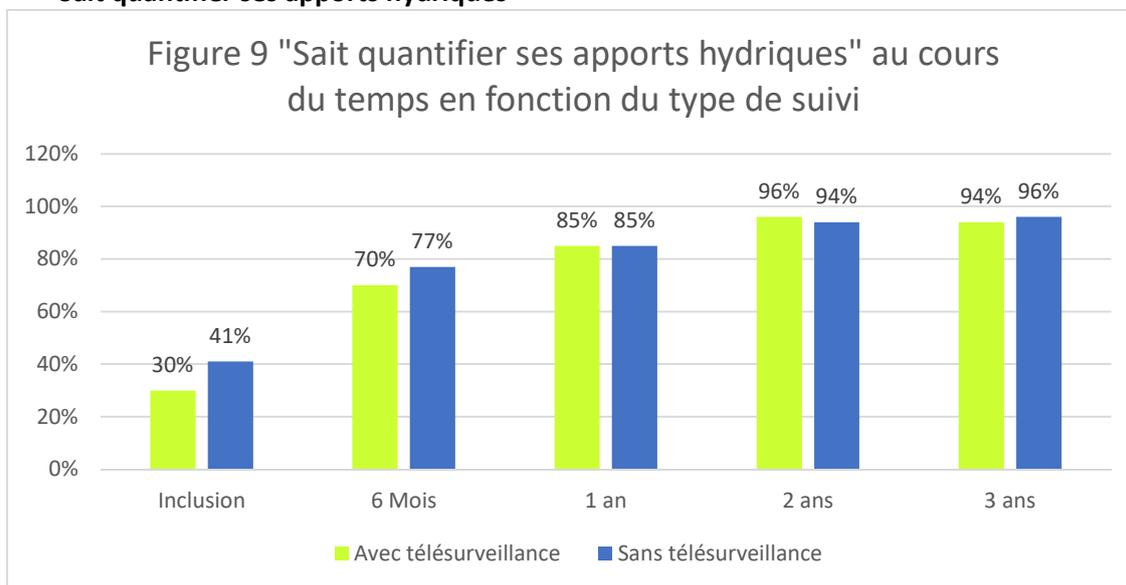
L'acquisition est plus lente sans télésurveillance. À 1 an, les acquis sont équivalents dans les 2 groupes et continuent à progresser à 2 ans et 3 ans.

• **Connaît les aliments salés**



Les patients qui seront sous télé-surveillance ont moins de connaissances à l'inclusion. À 6 mois, plus de 8 patients sur 10 ont acquis la connaissance des aliments salés avec un avantage pour les patients télé-surveillés. Les deux groupes continuent à progresser entre 6 mois et 1 an avec un maintien des acquis à 2 ans et 3 ans.

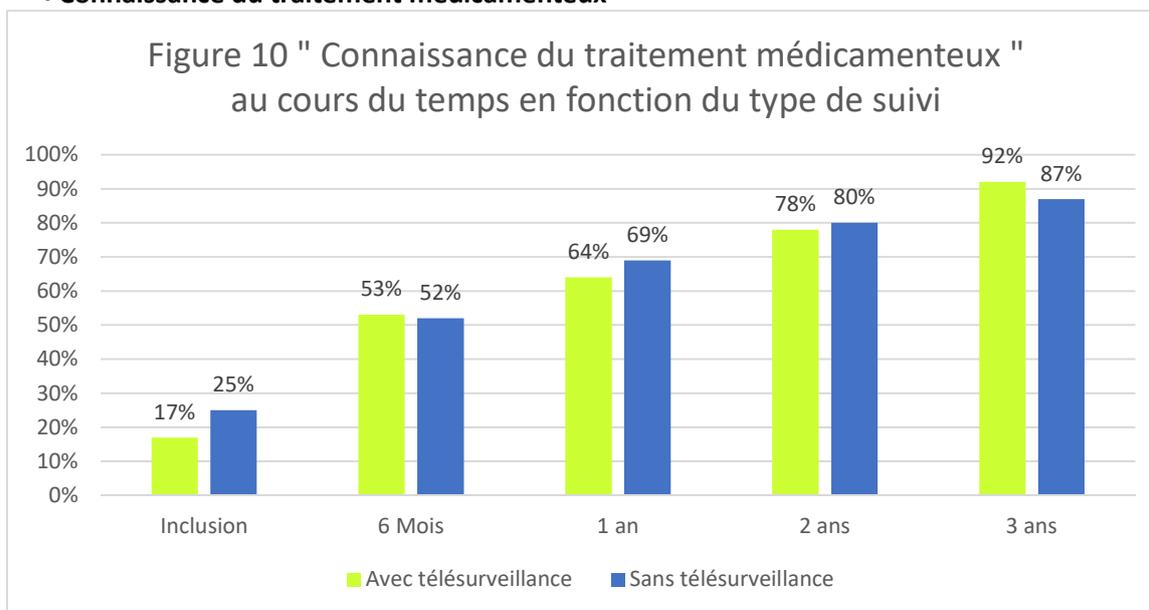
• **Sait quantifier ses apports hydriques**



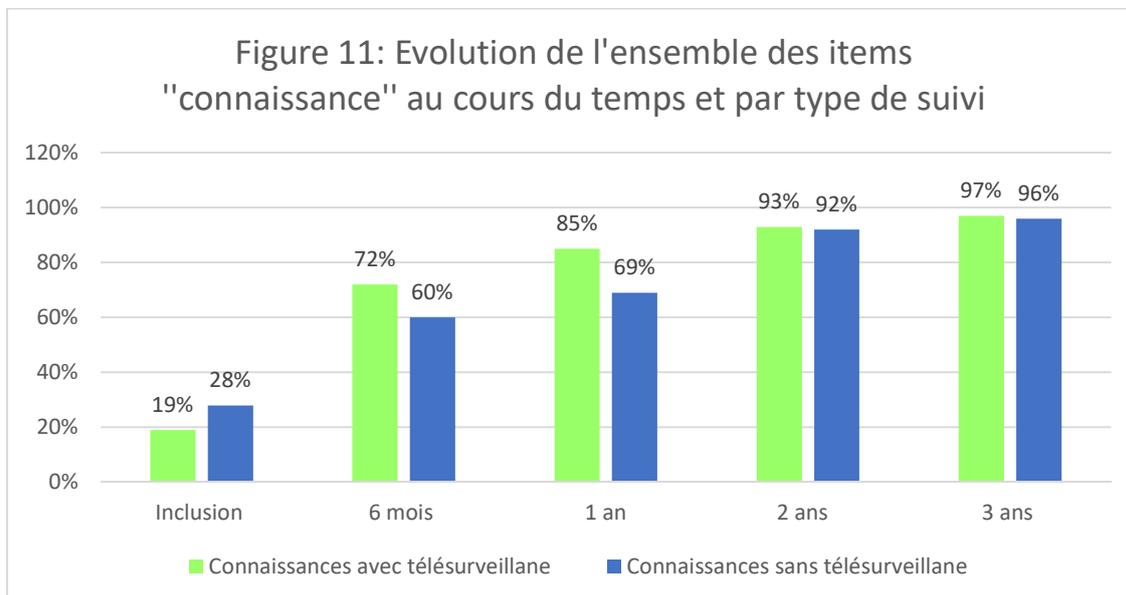
Les patients qui seront sous télé-surveillance ont moins de connaissances à l'inclusion. La progression est importante dans les deux groupes au cours des 6 premiers mois.

À partir de 1 an, les acquis sont identiques avec une poursuite de la progression entre 1 an et 2 ans et un maintien à 3 ans.

• **Connaissance du traitement médicamenteux**



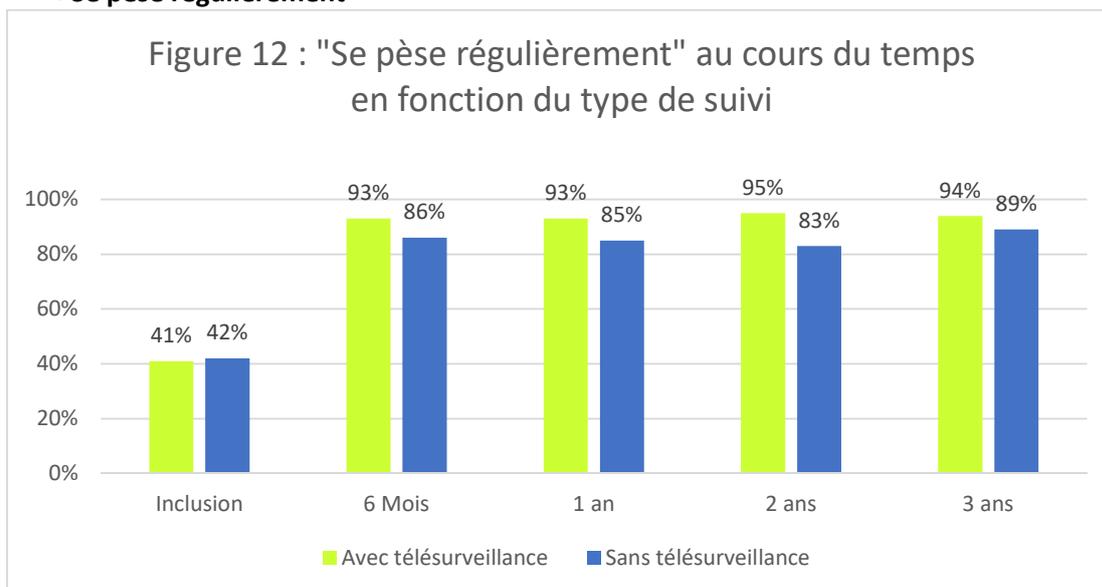
Un critère qui met du temps à être acquis avec une poursuite significative de la progression jusqu'à 3 ans. Avantage au groupe sans télésurveillance jusqu'à 2 ans. À 3 ans, les patients télésurveillés connaissent mieux leur traitement médicamenteux que le groupe sans télésurveillance (92% versus 87%).



Les patients télésurveillés ont moins de connaissances à l'inclusion. Ils progressent plus vite et gardent un avantage sur le groupe sans télésurveillance jusqu'à 2 ans. Les acquis continuent à progresser jusqu'à 3 ans pour les deux groupes.

2. Les items liés à au comportement

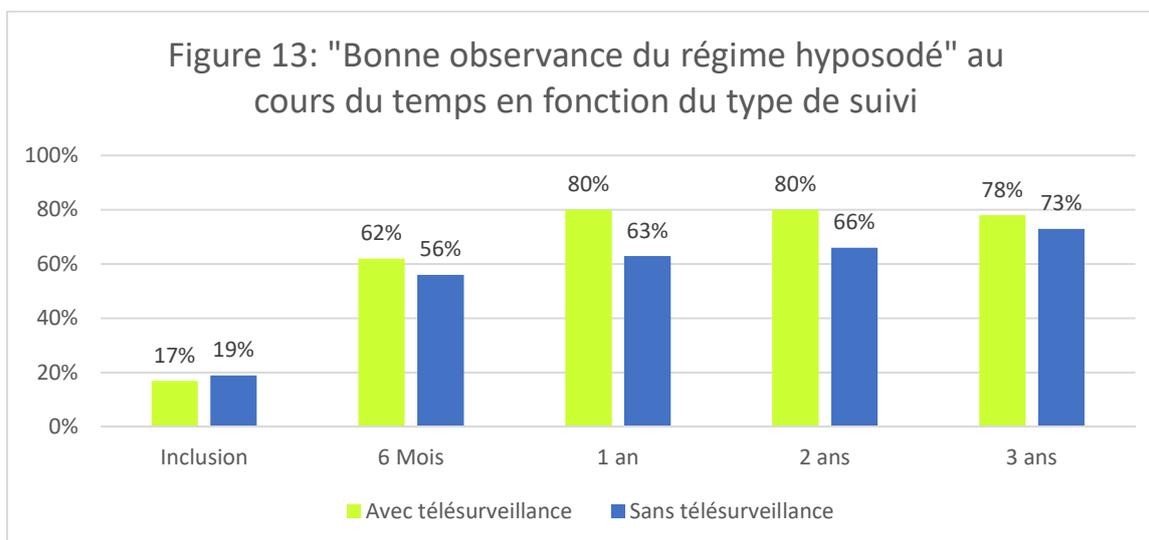
• Se pèse régulièrement



À l'inclusion, 4 patients sur 10 se pèsent déjà régulièrement.

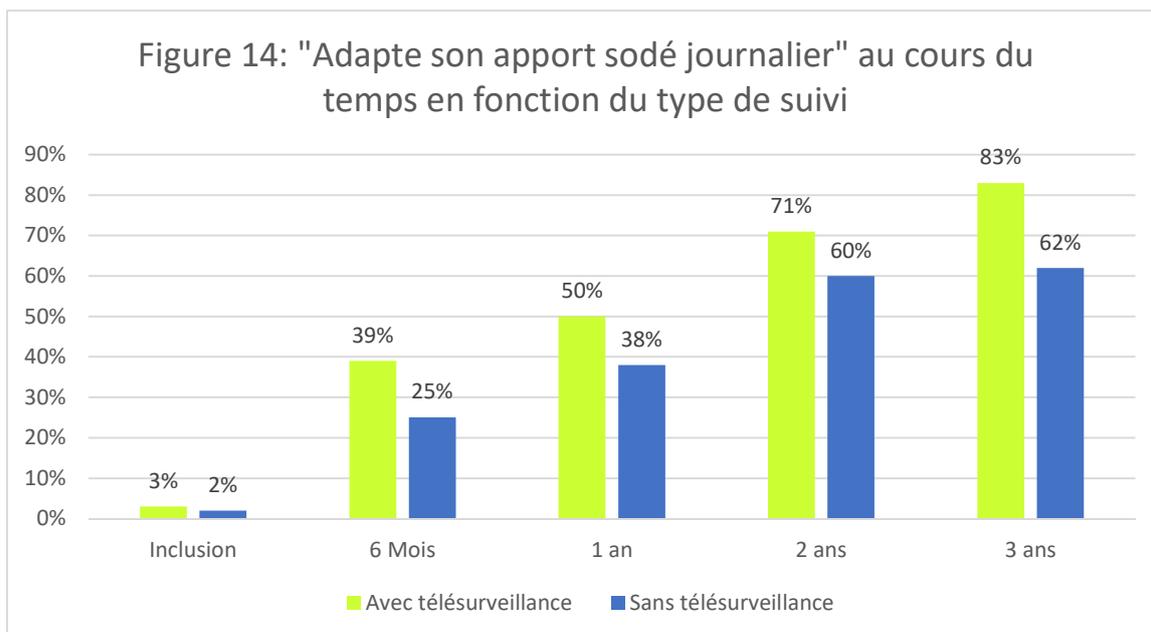
À 6 mois, la majorité des patients se pèsent régulièrement avec un avantage de 7 points pour ceux qui sont sous télésurveillance. Cette autosurveillance est poursuivie à 1 an, 2 ans et 3 ans dans les deux groupes avec toujours un avantage pour les patients télésurveillés.

• Bonne observance du régime hyposodé



L'acquisition de cette compétence semble plus difficile et plus lente pour les deux groupes. À 1 an, 8 patients sur 10 télésurveillés respectent un régime hyposodé et on ne progressera pas davantage avec un petit recul à 3 ans. Les patients sans télésurveillance continuent à progresser à 1 an, 2 ans, 3 ans. Les patients télésurveillés respectent mieux le régime hyposodé que ceux qui ne le sont pas.

• **Adapte son apport sodé journalier**



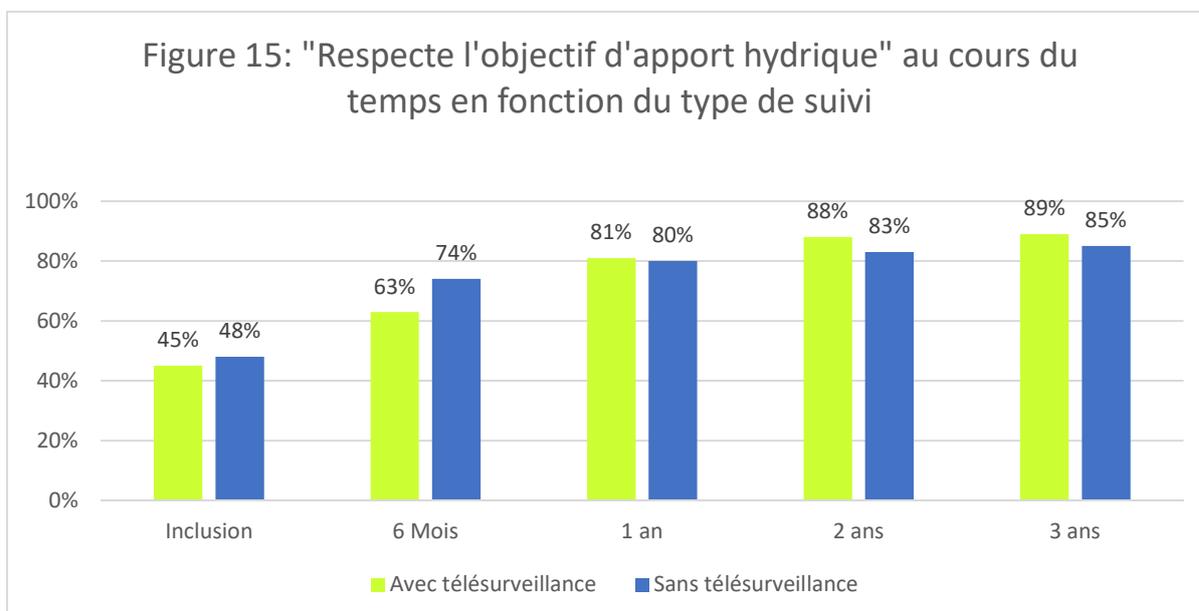
Les acquis sont minimes à l'inclusion (3 et 2%).

Avantage net dans la progression et le pourcentage d'acquisition pour les patients télésurveillés.

À 3 ans, il y a une différence de 21 points en faveur des patients sous télésurveillance.

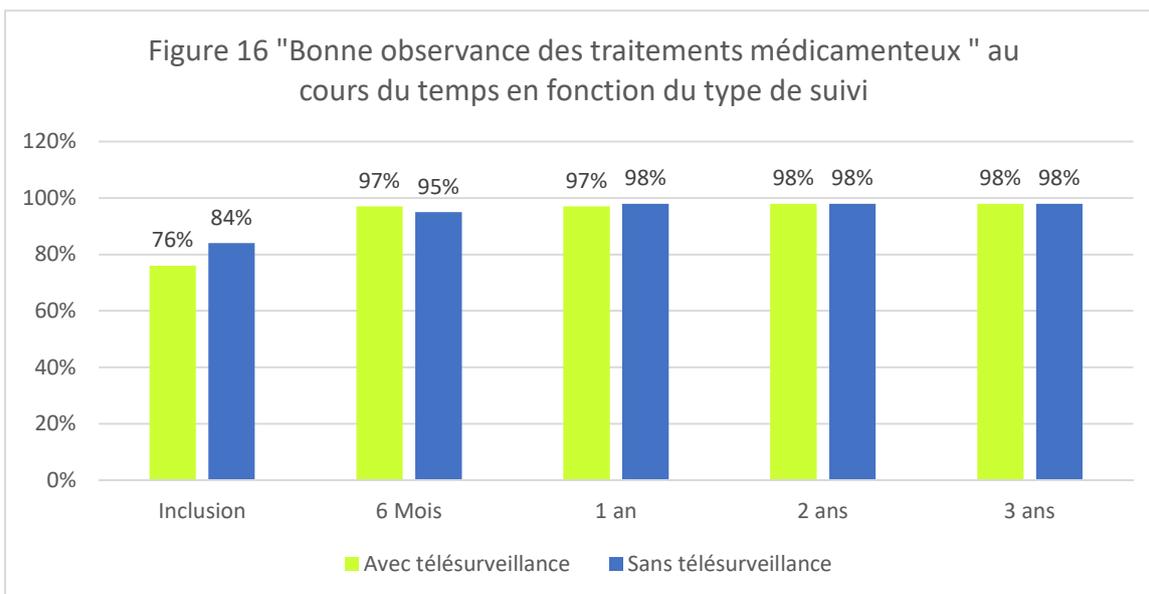
Cette compétence nécessite du temps pour être acquise avec une poursuite de la progression à 1 an, 2 ans et 3 ans.

• **Respecte l'objectif d'apport hydrique**



De bons acquis dans les deux groupes dès l'inclusion. Une progression à l'avantage des patients sans télésurveillance à 6 mois. Des acquis identiques à 1 an dans les deux groupes. Une poursuite de la progression en faveur des patients télésurveillés à 2 ans et une stabilisation des acquis à 3 ans.

• **Bonne observance du traitement médicamenteux**

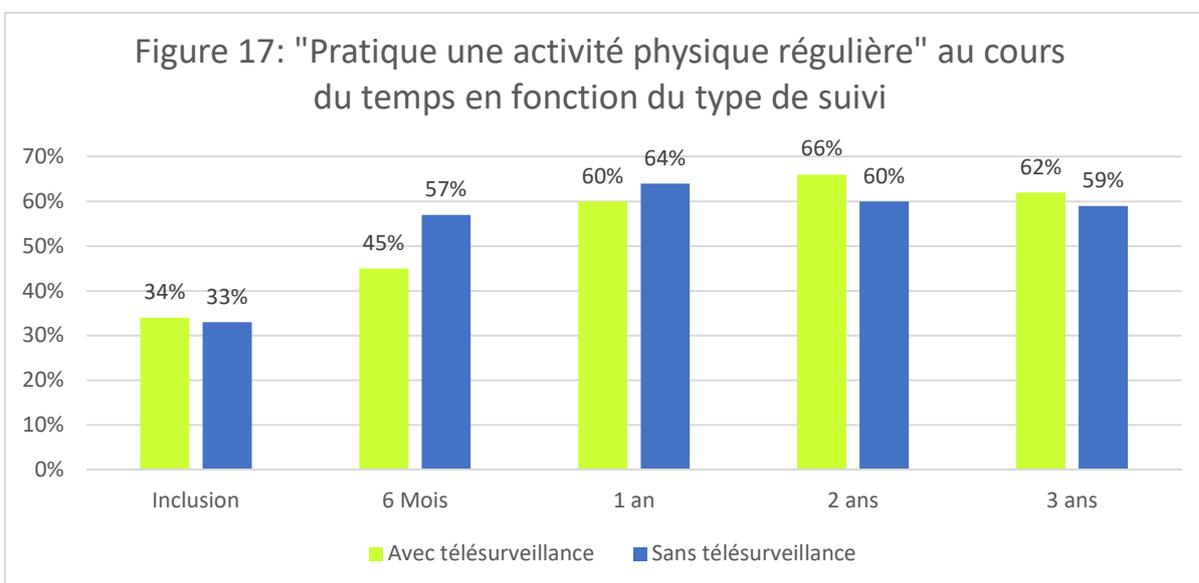


Très bonne observance thérapeutique dès l'inclusion dans les deux groupes.

À noter cependant, à nouveau, un avantage net à l'inclusion pour le groupe qui ne sera pas télésurveillés (84% versus 76%).

Belle progression pour les deux groupes à 6 mois avec des résultats équivalents et des acquis qui se maintiennent à 1 an, 2 ans et 3 ans avec des pourcentages élevés.

• **Pratique une activité physique régulière**



Pas d'avantage de la télésurveillance pour cet item. Les meilleurs résultats sont obtenus à 1 an sans télésurveillance (64%) et à 2 ans avec (66%) puis les pourcentages baissent légèrement.

ANALYSE -DISCUSSION

I. Population étudiée

Concernant la population étudiée, on constate que les patients inclus dans le protocole USICAR sont plus jeunes que les patients insuffisants cardiaques de la population française : 71,1 ans en moyenne à l'inclusion, contre 77 ans et même de 79 ans pour les patients hospitalisés, dans la population générale (10). Cela s'explique certainement par le mode de fonctionnement du service qui rend plus difficile l'inclusion des personnes très peu mobiles et présentant des troubles cognitifs majeures, même si nous nous efforçons de limiter ces freins en travaillant avec les aidants de ces patients.

Les patients télésurveillés sont en moyenne plus jeunes que les patients ne souhaitant pas un tel suivi (2 ans et 7 mois pour les hommes, 3 ans et 1 mois pour les femmes). Nous remarquons, en effet, que les patients plus âgés sont parfois plus réticents à ces systèmes de communication modernes et préfèrent le suivi téléphonique qui les rassure.

Les femmes sont sous-représentées dans le programme. Elles ne sont que 30% alors que dans la population générale, le sexe ratio est d'environ 50 % et augmente en faveur des femmes avec le vieillissement (10).

Dans le groupe de patients télésuivis, on constate qu'il y a moins de sorties du programme, notamment précoces : 10% à 6 mois contre 23% pour le groupe sans télésurveillance. A 1 an, 18% des patients sous télésurveillance ont quitté le suivi contre 32% pour dans l'autre cohorte.

Plusieurs hypothèses sont envisageables :

- Les patients sans télésurveillance sont plus âgés donc potentiellement moins mobiles, porteurs de plus de comorbidités et donc peut être plus susceptibles de ne pas pouvoir se déplacer pour les rendez-vous. Les motifs les plus souvent rapportés pour stopper le suivi sont la fatigue et la difficulté à se déplacer. Notre clinique est située en centre-ville, sans parking immédiatement proche de l'entrée. Le service est également très éloigné de l'accueil et même si nous proposons aux patients de venir les chercher en fauteuil, cette contrainte les rebute souvent. D'autres raisons sont invoquées pour stopper le suivi comme le nombre déjà important de rendez-vous médicaux et la peur de la Covid ces deux dernières années.

(10) Le quotidien du médecin.fr. Comment évolue l'incidence de l'insuffisance cardiaque ? Pr Michel GALINIER – publié le 9/11/2017

Autre motif de sortie du programme : la dégradation de la fonction rénale nécessitant un recours définitif à l'hémodialyse. Ces patients bénéficieront alors d'un programme d'éducation thérapeutique spécifique en néphrologie.

Je ne pourrai pas vérifier cette hypothèse car les motifs de sortie du réseau ne sont pas exhaustivement listés depuis 2011 et nous ne pouvons pas en faire une exploitation informatique pour le moment.

- Y a-t-il plus de décès en cours de suivi dans la cohorte des patients sans TS ?

22 patients (5%) sont décédés la 1^{ère} année de leur suivi contre 9 (3,7%) dans le groupe TS. 36 patients (8%) sont décédés dans les 2 premières années de suivi versus 18 (7,5%) dans le groupe TS.

7 patients (10%) sont décédés dans les 3 premières années de suivi versus 23 (9,5%) dans le groupe TS.

Cette hypothèse ne semble pas se confirmer, les pourcentages de décès en cours de suivi étant assez proches dans les deux groupes.

- La télésurveillance pourrait renforcer la motivation des patients dans leur prise en charge.

II. Acquisitions des objectifs éducatifs

1. A l'inclusion

Certains objectifs éducatifs ont des pourcentages d'acquisition déjà significatifs à l'inclusion. Ainsi 41,5 % des patients se pèsent déjà régulièrement, 35,5% savent quantifier leur apports hydriques, 46,5% suivent les recommandations en termes d'apports hydriques, 30,5% connaissent les aliments salés. L'observance thérapeutique déjà très bonne (80%).

Je rappelle que 99% des patients ne sont pas vierges d'éducation à l'inclusion puisque celle-ci a déjà débuté lors de leur hospitalisation. Plusieurs études randomisées ont montré l'efficacité de l'éducation proposée au patient avant sa sortie de l'hôpital notamment en termes d'observance aux autosoins et de connaissances (11). Il serait donc intéressant d'évaluer, lors d'un prochain travail, cette éducation pré-inclusion dans le programme USICAR.

(11) D'Ivernois JF, Gagnayre R, Morsa M. L'ETP précédant la sortie du patient, une nouvelle frontière pour l'ETP. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2017; 9:10001.

La connaissance de la maladie, du traitement médicamenteux, l'observance du régime hyposodé, et surtout l'adaptation journalière de l'apport sodé restent faibles, voire très faible pour le dernier item. Ceci confirme l'intérêt et l'importance de la poursuite de la prise en charge éducative en ambulatoire.

Les patients qui bénéficieront d'un suivi par télésurveillance ont de moins bons résultats à l'inclusion dans presque tous les items. Quelle en est la raison ? Ces patients plus jeunes sont-ils plus novices dans leur maladie ?

2. Évolution des acquisitions

► Des progressions significatives pour tous les items

► Des rythmes d'acquisition différents

"Se peser régulièrement", la connaissance des aliments salés, l'observance thérapeutique sont les critères les plus rapidement acquis. 85% au moins des patients l'ont acquis à 6 mois de suivi. La connaissance de la maladie, des signes d'alerte, la quantification des apports hydriques, le respect de l'objectif en termes d'apport hydrique sont atteints dans les mêmes proportions au bout de 1 an et continuent à progresser à 2 ans.

La connaissance du traitement médicamenteux nécessite 2 ans pour atteindre les 80 % et continue à progresser 3 ans.

► Des points faibles

Certains acquis sont plus difficiles à obtenir. C'est le cas pour l'observance du régime hyposodé et l'adaptation journalière de l'apport sodé, alors que la connaissance des aliments salés se fait rapidement. C'est toute la différence entre "savoir" et "faire" et l'enjeu de l'ETP.

Ces deux items relèvent du comportement. Ils nécessitent bien sûr d'avoir acquis, au préalable, des connaissances solides mais également de se les être appropriées avant de pouvoir les mettre en œuvre, de les tester dans le quotidien. Ces acquisitions nécessitent de la pratique.

N'oublions pas non plus que l'Alsace est une région où l'on mange traditionnellement salé. Pour beaucoup de patients, surtout âgés, la charcuterie reste un repas du soir fréquent, la choucroute un plat traditionnel apprécié. Réduire sa consommation de sel est un vrai changement d'habitude que chaque patient va faire à son rythme.

Le modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente (12) nous explique que ceux-ci se font en 5 stades qui sont la pré-contemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien. Cette évolution n'est pas linéaire mais cyclique, la rechute faisant partie du processus de changement. L'ETP qui est un processus permanent permet d'accompagner ce changement.

L'adaptation de l'apport sodé journalier demande, en plus de la pratique, de savoir s'adapter à de situations inédites. Cette compétence relève du savoir-être.

La pratique d'une activité physique régulière est l'item qui progresse le moins. Seuls 6 patients sur 10 atteindront l'objectif conjointement fixé. Il est vrai ces patients âgés sont souvent limités par leur maladie, synonyme d'essoufflement, de fatigue, de perte de force musculaire mais également parfois, par des troubles ostéo-articulaires, de l'artérite des membres inférieurs Mais nous savons également que la sédentarité, en entraînant un déconditionnement musculaire, va aggraver les symptômes de l'insuffisance cardiaque, altérer la qualité de vie et compromettre l'autonomie de ces patients.

► Des acquis qui se maintiennent globalement à 3 ans, excepté pour l'activité physique ou l'on constate un très léger fléchissement.

Ces résultats semblent confirmer l'intérêt d'un suivi prolongé.

1. Apport de la télésurveillance

Un suivi par télésurveillance permet aux patients d'acquérir plus rapidement et en 6 mois, la connaissance de la maladie et des signes d'alerte, le respect des consignes en termes d'apport hydrique. Les acquis sont ensuite comparables à 1 an dans les deux groupes et se maintiennent de manière identique dans le temps.

L'apport de la télésurveillance est remarquable pour l'observance du régime hyposodée et l'adaptation de l'apport sodé journalier. Elle permet également de mieux ancrer l'habitude d'une pesée régulière. En mettant le patient en situation pratique plusieurs fois par semaine, la télésurveillance lui permet de prendre en charge activement sa maladie, de s'interroger, de réfléchir, d'analyser en interaction avec le soignant qui guide et valide sa réflexion. Ces acquis sont importants car ils correspondent à des objectifs de sécurité.

(12) Cours de Mr M. MORSA- Education thérapeutique du patient- 22/11/21 dans le cadre du DIU prise en charge de l'insuffisance cardiaque

La télésurveillance semble également fidéliser les patients.

L'apport de la télésurveillance n'est pas significatif pour la quantification des apports hydriques, l'observance et la connaissance du traitement médicamenteux et l'activité physique.

III. Limites de l'étude

Le mode de recrutement et de fonctionnement du programme USICAR contribue certainement à sélectionner les patients les plus autonomes et les plus motivés.

Il existe un pourcentage non négligeable de sorties du programme notamment précoces qui mériterait d'être explorées davantage. Il serait également intéressant d'analyser, lors d'un travail ultérieur, les acquis des patients lors de leur dernière évaluation.

IV. Les voies d'amélioration

1. Recrutement

Il serait intéressant de développer le recrutement direct, via les cardiologues et les médecins traitants. Cela permettrait de prendre en charge des patients à un stade plus précoce de leur maladie et peut être de retarder cette première hospitalisation si péjorative pour le pronostic. Cela nécessite que l'on développe des actions de communication permettant d'augmenter notre visibilité auprès des professionnels de santé.

Concernant la prise en charge des patients dépendants, nous réfléchissons depuis quelques mois à un partenariat avec PRADO et les infirmières libérales, par le biais, par exemple de la télésurveillance.

2. Programme

Suite à ce travail et à cette formation, je souhaite développer plusieurs ateliers, notamment pour les acquisitions difficiles à obtenir :

- Un atelier sur les médicaments : identifier les médicaments relatifs à l'IC, expliquer leur rôle, organiser la prise du traitement au quotidien, prévoir les renouvellements de traitement, gérer son traitement en voyage, faire face aux oublis. Le conducteur de séance est en cours de rédaction.

- Un atelier sur l'activité physique : bénéfices attendus, les efforts déconseillés, comment pratiquer en toute sécurité.
- Un atelier " Étude de cas" permettant d'aborder cette notion d'adaptation de l'apport sodé journalier. Ce type d'atelier permet la mise en situation, la réflexion sur un cas concret.

Je souhaite enfin mettre en place un atelier permettant aux patients d'exprimer leur vécu et leur ressenti de la maladie en utilisant un outil de photo- expression.

Nous travaillons en partenariat avec des Centres de Réadaptation Cardiaque mais cela ne concerne que trop peu de patients. Il nous faut réfléchir comment développer davantage cet accès à l'activité physique et, peut-être, envisager d'autres partenariats : kinésithérapeutes libéraux, dispositif sport sur ordonnance ?

A plus long terme, il est envisagé que nous déménagions dans des locaux plus grands, plus facilement accessibles avec, peut-être, la possibilité d'accéder à une cuisine thérapeutique et une salle d'activité physique avec des ergocycles.

3. Évaluation

Dans la saisie informatique des évaluations, seules 3 options sont possibles : oui, non, ne sait pas. Il serait intéressant de créer une option supplémentaire intitulée "partiellement" afin d'évaluer non seulement l'acquisition complète d'un item mais également les acquisitions partielles.

Pour les items relevant de la connaissance, il serait intéressant d'ajouter une notion de degré de certitude de la réponse pour le patient ("Dans quelle mesure, je suis sûr de ma réponse ? Je suis sûr de ma réponse à 20, 40, 60, 80, 100 % ?). Nous avons appris au cours de cette formation que posséder un niveau de confiance élevé en ces connaissances est une condition pour l'action. Pour atteindre ce niveau de confiance, il est nécessaire de s'interroger sur le degré de certitude de ses connaissances. L'apprentissage concerne donc également un gain de certitude sur ses connaissances (13).

(13) Cours de Mr M. MORSA- Evaluation pédagogique du patient- 26/11/21 dans le cadre du DIU prise en charge de l'insuffisance cardiaque

CONCLUSION

Cette étude rétrospective a permis de définir, dans quelle mesure, les patients inclus dans le programmeUSICAR au cours des 10 dernières années, avaient acquis des connaissances et mis en place des comportements pour prendre en charge leur insuffisance cardiaque.

Malgré ses limites, ce travail montre des acquis éducatifs importants et durables à 3 ans. Certains objectifs éducatifs sont atteints en 6 mois, d'autres nécessitent plus de temps ce qui plaide en faveur d'un suivi prolongé.

La télésurveillance apporte un plus indéniable dans l'apprentissage avec des acquis, souvent plus rapides. En mettant les patients en situation de faire, d'éprouver, elle permet une acquisition à un niveau important des objectifs de sécurité. Elle est donc un allié précieux pour l'ETP. Elle présente, en outre, un atout organisationnel majeur en permettant un gain de temps précieux par rapport au suivi téléphonique.

Enfin, ce travail mais également cette formation riche en contenu, les échanges entre participants, passionnants et formateurs malgré le distanciel, m'ont ouvert de nouveaux horizons, ont suscité réflexions et questionnements que j'ai partagés en équipe et que je continuerai à partager afin de faire évoluer ce programme comme il le mérite.

BIBLIOGRAPHIE

Articles

- (6) Juillière Y, Trochu J.-N ; Jourdain P. Importance de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge multidisciplinaire de l'insuffisance cardiaque ; Annales de Cardiologie et d'Angéiologie 55 (2006) 11–16
- (7) Jenneve A., Lorenzo-Villalba N., Courdier G., Talha S., Séverac F. Zulfiqar A., Arnold P., Lang P., Roul G; and Andrès E. Benefit of Ambulatory Management of Patients with Chronic Heart Failure by Protocolized Follow-Up Therapeutic Education and Remote Monitoring Solution: An Original Study in 159 Patients. J Clin Med.2020 Sep 25
- (11) D'Ivernois JF, Gagnayre R, Morsa M. L'ETP précédant la sortie du patient, une nouvelle frontière pour l'ETP. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2017; 9:10001.
- Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur J Heart Fail. 2016;18(8):891-975
- McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021:ehab368. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368.

Site internet

- (1) Santé publique France- dossier thématique Insuffisance cardiaque [En ligne] <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/insuffisance-cardiaque>- Consulté le 1/03/22
- (2) B.RIO - La lettre du cardiologue N° 551-552 / févr. 2022- Le coût des maladies Cardionéurovasculaires en France et son évolution : 27-30

- Société française de cardiologie. Newsletter " Télésurveillance de l'insuffisant cardiaque et protocole de coopération " [En ligne] <https://www.sfcardio.fr/actualite/newsletter-telesurveillance-de-linsuffisant-cardiaque-et-protocole-de-cooperation> - Consulté le 9/03/22
- (4) Cardio Online . La lutte contre les réhospitalisations, priorité pour améliorer la pertinence du parcours insuffisance cardiaque (CNAM) [En ligne] <https://www.cardio-online.fr/Actualites/Depeches/lutte-contre-rehospitalisations-priorite-pour-ameliorer-pertinence-parcours-insuffisance>. Consulté le 9/03/22
- (9) Fondation de la Maison du Diaconat de Mulhouse. USICAR - Unité de Suivi des Insuffisants Cardiaques. [En ligne]. <http://www.diaconat-usicar.fr/presentation-mieux-nous-connaître/l-usicar>. Consulté le 10/03/22
- (10) Le quotidien du médecin.fr. Comment évolue l'incidence de l'insuffisance cardiaque ?
Pr Michel GALINIER – publié le 9/11/2017
[En ligne] <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/comment-evolue-lincidence-de-linsuffisance-cardiaque>. Consulté le 17/03/22

Texte réglementaire

- Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins / Organisation de la direction générale de la santé : circulaire n° 2002-215 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé - 2002 Avril 12

Autres sources

- (3) Cours du Pr M. DESNOS Cours de Pr M. DESNOS- Insuffisance cardiaque : un problème de santé publique – 18/10/21 dans le cadre du DIU prise en charge de l'insuffisance cardiaque
- (5 ; 12) Cours de Mr M. MORSA- Education thérapeutique du patient- 22/11/21 dans le cadre du DIU prise en charge de l'insuffisance cardiaque
- (13) Cours de Mr M. MORSA- Evaluation pédagogique du patient- 26/11/21 dans le cadre du DIU prise en charge de l'insuffisance cardiaque

LISTE DES ABREVIATIONS

ASPREMA :	Association de Prévention Mulhousienne contre l'Athérosclérose
ARS :	Agence Régionale de Santé
ETP :	Éducation Thérapeutique du Patient
IDE :	Infirmière Diplômé d'Etat
IC :	Insuffisance Cardiaque
PPS :	Plan Personnalisé de Santé
RSSA :	Réseau Santé de Sud Alsace
TS :	Télesurveillance
USICAR :	Unité de Suivi des Insuffisants CARdiaques

ANNEXES

- **Annexe 1** : Dossier informatique du patient
- **Annexe 2** : Contrat d'adhésion patient au programme USICAR
- **Annexe 3** : Guide d'évaluation de l'ETP (banque de questions)
- **Annexe 4** : Guide d'évaluation de l'ETP avec corrigé
- **Annexe 5** : Questionnaire d'observance thérapeutique
- **Annexe 6** : Test de connaissance sur les aliments salés
- **Annexe 7** : Document d'aide à l'évaluation des apports hydriques
- **Annexe 8** : Matériel d'aide à la quantification de l'apport hydrique
- **Annexe 9** : Comment évaluer les objectifs éducatifs
- **Annexe 10** : Saisi informatique des évaluations dans le dossier patient

Annexe 1 - Dossier informatique du patient



Monsieur TEST test (157) - Date d'entrée : NSP - DIACONAT

Fermer la fiche

Général	Télesurveillance / Appel / Consultation	Suivi d'éducation	Conclusion suivi d'éducation	Biologie / Biométrie	Hospitalisations et Complications	Objectif d'éducation	Consultations	Programmation surv. dom.	PPS
---------	-----------------------------------------	-------------------	------------------------------	----------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------	--------------------------	-----

Enregistrer

Menu	
Signalétique	
Médecins	
Suivi administratif	
Prise en charge	
Antécédents et facteurs de risque	
Bilans complémentaires	
Traitements	
Pièces jointes	

Appellation : Monsieur

Nom * : TEST

Prénom * : test

Adresse :

Code postal : 68200

Ville * : MULHOUSE

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Téléphone 3 :

Email :

Date de naissance : 01/01/1980

Sexe : Homme

Numéro de SS :

Caisse d'affiliation :

Affection de Longue Durée

Taille : cm

Commentaires :

Suivi par correspondance

Suivi d'entretien annuel

Signature du contrat d'adhésion

Annexe 2 - Contrat d'adhésion patient



Pôle Sanitaire Privé Mulhousien du Diaconat

Clinique du Diaconat - ROOSEVELT 14 boulevard Roosevelt BP 2399 - 68067 Mulhouse Cedex
Clinique du Diaconat - FONDERIE 1 rue Saint-Sauveur BP 1237 - 68054 Mulhouse Cedex

Établissements certifiés par l'HAS

Formulaire d'information et d'adhésion patient au Réseau USICAR

Je soussigné
N° de sécurité sociale _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _
Caisse d'affiliation
demeurant à

certifie que

Le Docteur..... m'a proposé d'adhérer au réseau USICAR. Ce réseau est promu en collaboration avec les Cliniques et Hôpitaux de la région avec le soutien des Caisses d'Assurance Maladie. Il m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser, cela ne changera pas nos relations pour mon traitement. Je garde le libre choix de mes médecins.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et j'ai bien compris les informations suivantes :

Le but de ce Réseau de Santé est d'améliorer la qualité du suivis des patients atteints d'insuffisance cardiaque, dans le respect de leur libre choix, grâce à :

- une plus grande coopération entre les différents médecins, paramédicaux et établissements de soins
- l'engagement de ces médecins généralistes, spécialistes et paramédicaux à appliquer les recommandations et les données scientifiques les plus récentes
- l'offre de nouveaux services : des consultations pour mieux comprendre ma maladie, des consultations de diététique, une éducation concernant la consommation d'eau et de sel, de lutte contre la sédentarité, de soutien psychologique ainsi qu'une surveillance à domicile par téléphone ou par télé surveillance (notice explicative).
- A signaler que les messages de télésurveillance sont lu tous les jours sauf les samedis, dimanches et jours fériés ; en cas d'urgence contacter les soins intensifs de la maison du Diaconat pour les patients suivis au à la clinique au N° 03.89.32.76.71, le service de soins intensifs du GHR Mulhouse Sud Alsace au N° 03.89.64.76.22, ou le SAMU au N° 15.
- Les échanges entre le médecin et le patient peuvent être facilité par la téléconsultation et la téléexpertise.

En adhérant au réseau, je bénéficie pleinement de ces améliorations et de ces services.

J'accepte d'adhérer à ce réseau dans les conditions précitées.

Mon consentement ne décharge en rien les médecins qui me soignent de leurs responsabilités. Je pourrai à tout moment, si je le désire, arrêter ma participation au Réseau sans supporter aucune pénalisation mais j'en informerai mon médecin traitant.

L'évaluation du réseau fera appel à des données extraites de mon dossier médical. J'autorise mon médecin traitant à communiquer à l'assurance maladie mon adhésion au Réseau et à transmettre ces données aux personnes en charge de l'évaluation. Ces données pourront être saisies et traitées sur informatique à la condition de respecter mon anonymat, dans le respect du secret médical.

Le réseau a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL et conformément à l'article 27 de la loi Informatique et Liberté, je disposerai d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant en prenant contact avec le secrétariat de l'USICAR.

Fait à Mulhouse le.....

Nom et signature du patient :

Contrat d'adhésion signé en double exemplaire. 1 pour le dossier partagé, l'autre pour l'Unité de soins des insuffisants cardiaques.

Fondation de la maison du Diaconat de Mulhouse

Établissement à but non lucratif reconnu d'utilité publique par décret impérial du 14 juillet 1865

www.fondation-diaconat.fr

Annexe 3 - Guide d'évaluation de l'ETP (banque de questions)

Évaluer l'ETP

Concernant le fonctionnement du cœur

1. Quel est le rôle du cœur ?

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

2. Le cœur est composé de 2 oreillettes et de deux ventricules ? Vrai Faux

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

3. Le sang oxygéné est propulsé dans l'organisme par le ventricule gauche ou par le ventricule droit ?

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Concernant la maladie

4. Pour vous, qu'est-ce que l'insuffisance cardiaque ?

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

5. Quelle est la cause de votre insuffisance cardiaque ?

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Concernant les signes d'alerte

6. Vous avez pris 2 kilogrammes en 3 jours, que faites-vous ?

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

7. La nuit dernière, vous avez dormi assis car vous aviez du mal à respirer en position allongée. Ce matin, ça va mieux, que faites-vous ?

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

8. Vous êtes essoufflé au point de ne plus pouvoir vous habillez, que faites-vous ?

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

9. Vos jambes gonflent depuis deux-trois jours et vous avez du mal à mettre vos chaussures, que faites-vous ?

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

10. Vous avez des nausées et êtes ballonné depuis 2 jours. Vous vous sentez très fatigué, que faites-vous ?

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

11. Citez au moins deux signes d'alerte de votre insuffisance cardiaque qui nécessitent de consulter rapidement votre médecin ?

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

12. Dans le cadre de la surveillance de votre insuffisance cardiaque, quels sont les symptômes dont l'apparition ou l'aggravation nécessitent de consulter rapidement votre médecin ? (Cochez les bonnes réponses- plusieurs réponses possibles)



Œdèmes

(Gonflement des pieds et/ou des chevilles)



Essoufflement plus important



Prise de 2-3Kg en quelques jours



Fatigue



Maux de ventre



Mal de tête



Palpitations



Mal de dos

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Concernant le traitement médicamenteux

13. Citer le nom de votre traitement diurétique

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

14. Citer le nom du médicament qui ralentit le cœur

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

15. Citer le nom des médicaments pour votre insuffisance cardiaque

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

16. Dans l'après-midi, vous ne savez plus si vous avez pris vos médicaments ce matin, que faites-vous ?

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Vie courante

17. Hier soir, vous avez fait la fête et avez mangé salé. Que faites-vous aujourd'hui ?

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

18. Vous avez un repas festif prévu demain, que faites-vous ?

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

19. On vous propose du sel de régime, que faites-vous ?

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

20. Vos amis vous proposent de venir manger chez eux la semaine prochaine, que faites-vous ?

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

21. Vos amis vous proposent la reprise régulière de la randonnée, que leur répondez- vous ?

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Évalué le : Oui Non Partiellement

Annexe 4 - Guide d'évaluation de l'ETP avec corrigé

Évaluer l'ETP – Correction

Concernant le fonctionnement du cœur

1. Quel est le rôle du cœur ?

Pompe musculaire puissante. Apporte aux organes du sang riche e oxygène et en substances nutritives

2. Le cœur est composé de 2 oreillettes et de deux ventricules ? *Vrai*

3. Le sang est propulsé dans l'organisme par le ventricule gauche ou par le ventricule droit ? *Par le ventricule gauche*

Concernant la maladie

4. Pour vous, qu'est-ce que l'insuffisance cardiaque ?

Dans l'insuffisance cardiaque, le cœur perd sa force musculaire et sa capacité de contraction normale. Il est fatigué Il ne peut plus faire correctement son travail de pompe et n'apporte plus un débit de sang suffisant dans tous les organes, notamment les reins entraînant une diminution de l'élimination du sel et de l'eau par les urines.

5. Quelle est la cause de votre insuffisance cardiaque ?

Selon patient (voir dossier) : maladie cv, arythmie, valvulopathie, HTA, âge, causes toxiques (alcool, chimiothérapie), hérédité, virus

Concernant les signes d'alerte

6. Vous avez pris 2 kilogrammes en 3 jours, que faites-vous ?

Je réduis le sel et les apports hydriques, je me pèse tous les jours. Si dans les 2-3 jours, le poids ne redescend pas malgré ces mesures, j'appelle le médecin

7. La nuit dernière, vous avez dormi assis car vous aviez du mal à respirer en position allongée. Ce matin, ça va mieux. Que faites-vous ?

J'appelle le médecin

8. Vous êtes essoufflé au point de ne plus pouvoir vous habillez, que faites-vous ?

J'appelle le médecin

9. Vos jambes gonflent depuis deux-trois jours et vous avez du mal à mettre vos chaussures, que faites-vous ?

Je réduis le sel et les apports hydriques, je surveille tous les jours. Si dans les 2-3 jours, les œdèmes ne régressent pas malgré ces mesures, j'appelle le médecin

10. Vous avez des nausées et êtes ballonné depuis 2 jours. Vous vous sentez très fatigué, que faites-vous ?

J'appelle mon médecin car cela peut être une poussée d'insuffisance cardiaque même s'il n'y a pas d'essoufflement

11. Citez au moins deux signes d'alerte de votre insuffisance cardiaque qui nécessitent de consulter rapidement votre médecin ?

Prise de 2 à 3Kg en quelques jours, essoufflement accru, œdèmes des membres inférieurs, fatigue

12. Dans le cadre de la surveillance de votre insuffisance cardiaque, quels sont les symptômes dont l'apparition ou l'aggravation nécessitent de consulter rapidement votre médecin ? (Cochez les bonnes réponses- plusieurs réponses possibles)



Oedèmes

(Gonflement des pieds et/ou des chevilles)



Essoufflement plus important



Prise de 2-3Kg en quelques jours



Fatigue



Maux de ventre



Mal de tête



Palpitations



Mal de dos

Concernant le traitement médicamenteux

13. Citer le nom de votre traitement diurétique

Selon ordonnance

14. Citer le nom du médicament qui ralentit le cœur

Selon ordonnance

15. Citer le nom des médicaments pour votre insuffisance cardiaque

Selon ordonnance

16. Dans l'après-midi, vous ne savez plus si vous avez pris vos médicaments ce matin, que faites-vous ?

Je prends mon traitement comme d'habitude le soir. Je m'organise en utilisant par exemple un pilulier

A ne pas dire : je prends le traitement du matin avec celui du soir(je prends double dose le soir)

Vie courante

17. Hier soir, vous avez fait la fête et avez mangé salé. Que faites-vous aujourd'hui ?

Je mange le moins salé possible. Je surveille mon poids de façon quotidienne

A ne pas dire : ce n'est qu'un écart occasionnel, rien ne peut m'arriver

18. Vous avez un repas festif prévu demain, que faites-vous ?

Je mange le moins salé possible aujourd'hui. Je surveille mon poids de façon quotidienne

A ne pas dire : ce n'est qu'un écart occasionnel, rien ne peut m'arriver

Je ne peux pas sortir chez mes amis car je suis insuffisant cardiaque

19. On vous propose du sel de régime, que faites-vous ?

Je ne le prends pas car cela interagit avec mon traitement

A ne pas dire : cela remplace mon sel habituel

20. Vos amis vous proposent de venir manger chez eux la semaine prochaine, que faites-vous ?

Ce sera avec joie mais il faudra essayer d'adapter au mieux le menu pour éviter trop d'apport en sel

Je surveille bien mon poids les jours avant/après le repas et limite ma consommation de sel au maximum

A ne pas dire : je ne peux pas sortir chez mes amis car je suis insuffisant cardiaque

21. Vos amis vous proposent la reprise régulière de la randonnée, que leur répondez- vous ?

Ce sera avec plaisir, je marcherai à mon rythme

A ne pas dire : je ne peux plus faire aucune activité physique

Annexe 5 - Evaluation de l'observance thérapeutique

EVALUATION DE L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE

Adapté du questionnaire de Morisky

NOM/PRENOM :

Date :	Oui	Non
Oubliez- vous parfois de prendre votre traitement ?		
Au cours des 2 dernières semaines, y a-t-il des jours où vous n'avez pas pris vos médicaments ?		
Vous est-il déjà arrivé de réduire la dose ou d'arrêter de prendre vos médicaments sans en parler à votre médecin parce que vous ne vous sentiez pas bien suite à leur prise ?		
Lorsque vous voyagez ou quittez votre domicile, vous arrive-t-il parfois d'oublier de prendre vos médicaments ?		
Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter votre traitement ?		
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de traitement ?		
Total		

Date :	Oui	Non
Oubliez- vous parfois de prendre votre traitement ?		
Au cours des 2 dernières semaines, y a-t-il des jours où vous n'avez pas pris vos médicaments ?		
Vous est-il déjà arrivé de réduire la dose ou d'arrêter de prendre vos médicaments sans en parler à votre médecin parce que vous ne vous sentiez pas bien suite à leur prise ?		
Lorsque vous voyagez ou quittez votre domicile, vous arrive-t-il parfois d'oublier de prendre vos médicaments ?		
Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter votre traitement ?		
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de traitement ?		

Interprétation : Total des non = 6 : Bonne observance - Total des non < 6 : défaut d'observance

Annexe 6 - Test de connaissance sur les aliments salés

Nom - Prénom :

Date :

TESTEZ VOS CONNAISSANCES SUR LES ALIMENTS SALES

Entourez les aliments riches en sel

- Légumes frais	- Olives
- Pizza	- Pomme de terre vapeur
- Eaux gazeuses	- Sardine en conserve
- Riz	- Yaourt
- Saucisson	- Fromage
- Huiles	- Moutarde
- Épices	- Quiche
- Bouillons-cubes	- Compote de fruits
- Confiture	- Potages en sachet

Evaluation N°.....

(Acquis si tous les produits salés ont été trouvés)

Annexe 7 - Evaluation des apports hydriques



Fondation
de la maison du Diaconat
de Mulhouse

USICAR - Unité de suivi des insuffisants cardiaques

NOM-PRENOM :

Date :

Évaluation des apports hydriques

Estimation par le patient :

Évaluation par enquête avec l'infirmière

Petit déjeuner (eau avec médicaments, café, tisane, thé):

Déjeuner (eau dont avec médicaments, alcool, jus de fruits, soda, soupe, café, tisane, thé) :

Diner (eau dont avec médicaments, alcool, jus de fruits, soda, soupe, café, tisane, thé) :

Nuit :

Consommation hors repas :

Utilise une bouteille pour quantifier ses apports d'eau :

Total : pour un objectif à :

Sensation de soif, bouche sèche :

Le patient sait évaluer ses apports hydriques oui non partiellement

Le patient respecte sa restriction hydrique oui non partiellement

Objectifs :

Annexe 8 - Matériel d'aide à la quantification de l'apport hydrique



Annexe 9 - Comment évaluer les objectifs éducatifs

Objectifs	Outils	Fait par	Indicateurs
Se pèse régulièrement	Entretien individuel – analyse du tableau de bord de télésurveillance - tableau de bord du suivi téléphonique- tableau de bord papier	IDE	Se pèse selon les objectifs fixés et au moins 1X/semaine (Voir onglet objectifs d'éducation - dossier informatique du patient)
Explique sa maladie	Question 4- Document " Evaluer l'ETP"	IDE	Document " Evaluer l'ETP- corrigé " question 4
Connait les signes d'alerte	Questions 11 et 12 – Document "Evaluer l'ETP"	IDE	Cite au moins deux des 4 signes d'alerte principaux (essoufflement accru, prise de 2-4 Kg en quelques jours, oedèmes des membres inférieurs, fatigue)
Bonne observance du traitement	Questionnaire d'observance thérapeutique	IDE	Le patient répond 6x non
Bonne connaissance de son traitement	Ordonnance du patient	IDE	Identifier ses médicaments de l'insuffisance cardiaque sur son ordonnance et explique leur rôle
Connait les aliments salés	Test " connaissance sur les aliments salés" - Visuels de plats Enquête alimentaire	IDE / Diététicienne	Le patient identifie tous les aliments salés parmi les aliments proposés
Bonne observance du régime hyposodé	Enquête alimentaire	Diététicienne	Apport sodé 4 à 6gr/j en moyenne
Sait quantifier ses apports hydriques	Document de consultation " évaluation des apports hydriques " 1 ^{ère} rubrique. A faire avant l'évaluation des apports hydriques	IDE	Le patient évalue correctement ses apports hydriques à +/- 300ml près
Suit sa restriction hydrique	Document de consultation " évaluation des apports hydriques " - Vaisselle pour aider à la quantification	IDE	Consommation estimée conforme aux objectifs fixés à 300ml près (Voir onglet objectifs d'éducation - dossier informatique du patient)
Adapte son apport sodé	Questions 6- 17-18 " Document " Evaluer l'ETP"	Diététicienne /IDE	Document " Evaluer l'ETP- corrigé " Questions 6-17-18
Pratique une activité physique régulière	Analyse d'une journée type	IDE	Activité physique conforme aux objectifs fixés avec le patient- Voir onglet objectifs éducatifs dossier informatique du patient

Annexe 10 - Saisi informatique des évaluations dans le dossier patient

Monsieur TEST test (157) - Date d'entrée : NSP - DIACONAT

Fermer la fiche

Général

Télésurveillance / Appel / Consultation

Suivi d'éducation

Conclusion suivi d'éducation

Biologie / Biométrie

Hospitalisations et Complications

Objectif d'éducation

Consultations

Programmation surv. dom.

PPS

Date : 23/03/2022

Numéro d'année de suivi :

Poids

Se pèse régulièrement : Oui Non NSP

Fréquence : Tous les jours

Poids stable : Oui Non NSP

kg depuis le

Maladie traitement et vaccination

Décrit le fonctionnement du coeur : Oui Non NSP

Décrit les signes cliniques de IIC : Oui Non NSP

Cite la ou les causes : Oui Non NSP

Connait les signes d'alerte : Oui Non NSP

Bonne observance du traitement : Oui Non NSP

Modification du traitement : Oui Non NSP

Description modification :

Bonne connaissance de son traitement : Oui Non NSP

Cite ses médicaments : Oui Non NSP

Précise la posologie : Oui Non NSP

Vaccination antigrippale faite : Oui Non NSP

Date de vaccination :

Apports sodés

Connait les aliments salés : Oui Non NSP

Bonne observance de son régime hyposodé : Oui Non NSP

Apports hydriques

Consommation (l/j) : 3

Sait quantifier ses apports hydriques : Oui Non NSP

Suit sa restriction hydrique : Oui Non NSP

Adapte son alimentation salée en fonction de son poids : Oui Non NSP

Activité physique

Pratique une activité régulière : Oui Non NSP

Activité pratiquée :

Cite les efforts déconseillés : Oui Non NSP

Proposition d'une rééducation à l'effort au Centre Lalance : Oui Non NSP

Accord du patient pour cette rééducation : Oui Non NSP

Corrections des facteurs de risque

HTA : Objectif atteint Non atteint NSP

Dyslipémie : Objectif atteint Non atteint NSP

Diabète : Objectif atteint Non atteint NSP

Tabac : Objectif atteint Non atteint NSP

Enregistrer
Annuler

L'Unité de Suivi des Insuffisants Cardiaques du Pôle Sanitaire Privé Mulhousien (USICAR) assure la prise en charge ambulatoire des patients insuffisants cardiaques par un suivi protocolisé régulier et prolongé associant Education Thérapeutique individuelle et collective et suivi à domicile par télésurveillance par téléphone.

L'objectif de ce travail est de déterminer dans quelle mesure les patients acquièrent, par ce programme, des connaissances et des comportements leur permettant de prendre en charge leur maladie ainsi que la place de la télésurveillance dans ces acquisitions.

Ce travail est une étude rétrospective portant sur 669 patients inclus dans le programme USICAR entre le 29 juin 2011 et le 31 décembre 2021, sur deux sites, la clinique du Diaconat de Mulhouse et l'Hôpital Schweitzer de Colmar.

Les résultats montrent des acquis éducatifs importants et durables à 3 ans. Certains objectifs éducatifs sont atteints en 6 mois, d'autres nécessitent plus de temps. La télésurveillance apporte un plus indéniable dans l'acquisition des objectifs de sécurité.

Mots clés

Insuffisance cardiaque, USICAR, ETP, télésurveillance, programme d'ETP