



EDUCATION DES MALADIES CHRONIQUES EN CARDIOLOGIE

Comment nous fonctionnons au CH de Douai ?

L' UNITE TRANSVERSALE D' EDUCATION (UTE)

JJ Dujardin 14è Assises du CNCHG 21 nov 2008

LES PREUVES DE L' EFFICACITE

3 études anciennes parmi 16 toutes concordantes :

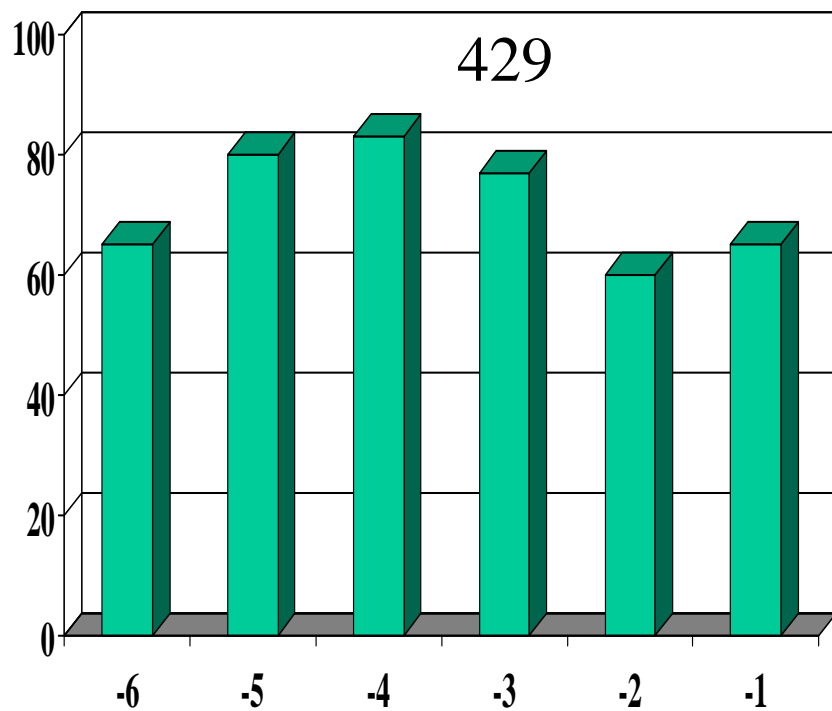
Hanumanthu et coll. :

- étude observationnelle
- 2 périodes successives d 'un an étudiant le nombre des hospitalisations avant et après mise en place d 'un programme de suivi par des médecins spécialisés
- réduction de 69 % (97 vs 30)

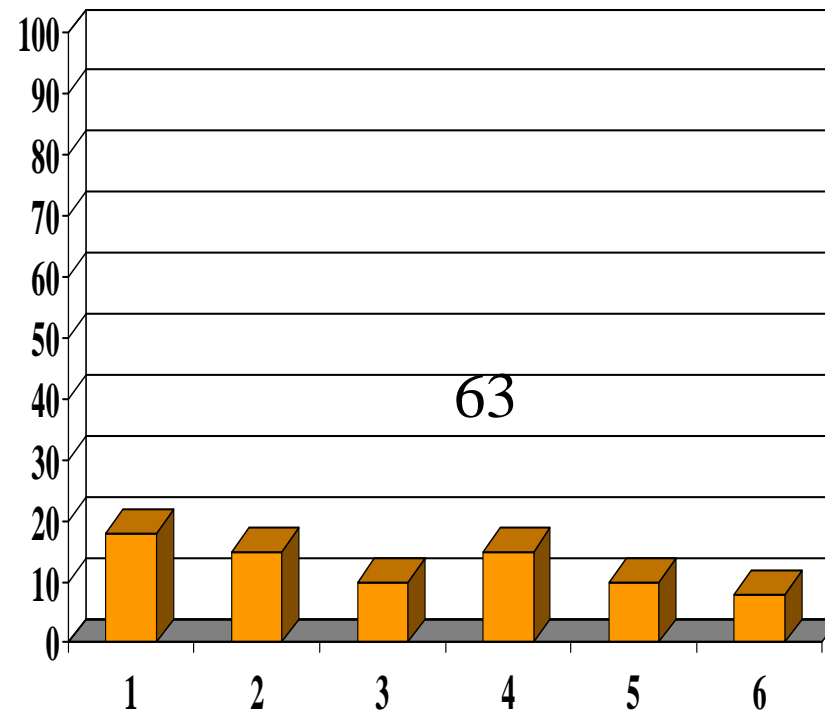
Hanumanthu S. Circulation 1997;96:2842-8

ETUDE DE FONAROW

nombre d'hospitalisations par mois



■ avant programme éducatif



■ après programme éducatif

214 Pts attente transplantation FEVG 21%
Étude observationnelle

JACC 1997;30:725-32

ETUDE DE RICH

282 patients IC > 70 ans suivis 1 an
étude randomisée : réduction de 27%

	ré-hospitalis	coût
Groupe traitement seul	94	5275 \$
Groupe suivi	53	4815 \$
p	0,02	

Rich MW.N Engl J Med 1995;333:1190-5

ETUDE NEERLANDAISE

240 patients randomisés : groupe A 118 éducation IC
groupe B 122 suivi sans éducation

	A	B	RR	<i>p</i>
Réhospitalisations Et/ou DC ttes causes	23	47	0,49	<i>0,001</i>
Δ FEVG	+2,6%	-3,1%		<i>0,004</i>
Durée hospitalisation (J)	359	644		

De la Porte PW et al. Heart 2007 ; 93 : 819-25

ETUDE SUEDOISE

106 patients randomisés : groupe A : éducation
groupe B : suivi classique

	A	B	<i>p</i>
Réhospitalisations/DC 12 mois	29	40	0,03
Réhospitalisations	33	56	0,047
DC	7	20	0,005
Durée hospitalisation (J)	350	592	0,045

Strömberg A et al. Eur Heart J 2003 ; 24 : 1014-23

ETUDE COACH

1023 Patients randomisés

3 groupes : groupe A suivi cardiologue
groupe B programme basique
groupe C programme intensif

411 Patients (40%) réhospitalisés ou décédés

	A	B	C	<i>p</i>
DC/Réhospitalisations (%)	42	41	38	NS

Jaarsma T et al. Arch Intern Med 2008 ; 168 : 316-24



European Heart Journal (2008) **29**, 2388–2442
doi:10.1093/eurheartj/ehn309

ESC GUIDELINES



ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008

The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM)



ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008

	CLASSE	NIVEAU
ADHESION AU TT	I	C
CONNAISSANCE DE LA MALADIE	I	C
DIETETIQUE	I	C
TABAC	I	C
ACTIVITE PHYSIQUE	I	B
REENTRAINEMENT A L' EFFORT	I	A
ALCOOL	IIa	C
VACCINATION	IIa	C

LES MISSIONS DE L'UTE

- L'idée de créer une Unité transversale d'éducation commune à plusieurs spécialités a été proposée en 2002 et mise en œuvre en 2003 et fonctionne toujours à ce jour
- Elle s'est appuyée au départ sur l'expérience acquise antérieurement en diabétologie débutée en 1999
- Elle regroupe actuellement 5 disciplines :
 - Diabétologie et métabolismes
 - Pédiatrie : obésité, diabète et asthme de l'enfant
 - Pneumologie : BPCO, tabacologie et asthme de l'adulte
 - Cardiologie : réadaptation cardiaque et prévention risque CV 1992, insuffisance cardiaque 2003 et HTA 2005
 - Néphrologie : hémodialyse chronique et dialyse péritonéale
- Une articulation avec le réseau Pôle Santé du Douaisis : Bougeons ensemble, diabète, obésité, HTA

POURQUOI UNE UTE ?

- Pour le bénéfice d'une expérience acquise par les diabétologues
- Pour une mutualisation de moyens
- Car la méthodologie de l'éducation est la même pour toutes les maladies chroniques
- Pour convaincre plus facilement tutelles et direction
- Pour afficher un volume de prise en charge de patients optimal

LES MOYENS HUMAINS

- 3 ETP IDE
- 1 ETP psychologue
- 1 ETP diététicienne
- 0,8 ETP médical
 - 0,30 diabétologue
 - 0,20 pneumologue
 - 0,10 cardiologue
 - 0,10 Pédiatre
 - 0,10 Néphrologue
- 1 ETP EMS
- 0,5 ETP secrétaire
- Tabacologie : 1 ETP IDE et 0,5 ETP médical

Formation des 3 IDE au diplôme d'éducation des
Maladies chroniques

ACTIVITE TOTALE UTE 2006

	MEDECIN	PSY	IDE	EMS	DIET	total
JANVIER	2	6	15	95	10	128
FEVRIER	0	4	29	118	0	151
MARS	5	17	80	161	36	299
AVRIL	0	7	32	120	19	178
MAI	12	16	67	123	18	236
JUIN	17	57	82	84	25	265
JUILLET	0	0	5	52	6	63
AOUT	1	0	18	85	5	109
SEPTEMBRE	0	23	38	86	21	168
OCTOBRE	12	26	106	131	47	322
NOVEMBRE	4	13	58	135	44	254
DECEMBRE	0	8	23	62	25	118
TOTAL	53	177	553	1252	256	2291

ACTIVITE UTE MARS 2006

		Médecin	Psychologue	I.D.E.	EMS	DIET	Total
GROUPES D'ACTIVITE	DIABETO	0	0	0	0	3	3
	CARDIO	0	3	29	18	7	57
	PNEUMO	5	5	5	16	0	31
	PEDIATRIE	0	9	9	9	9	36
	HEMODIALYSE	0	0	0	0	0	0
	BOUGEONS ENSEMBLE	0	0	37	111	17	165
	THERAPIE POUR PERSONNES OBESES	0	0	0	0	0	0
	ENFANTS OBESES						0
ENTRETIEN TELEPHONIQUE	Patient/famille	0	0	0	7	0	7
	Professionnel externe	0	0	0	0	0	0
	totaux	5	17	80	161	36	299

CONTENU DES PROGRAMMES CARDIOLOGIQUES INSUFFISANCE CARDIAQUE

Groupe de 8 patients maximum

•Prise de contact :

- ✓ Objectif : connaissances, croyances, représentation de la maladie et traitement
- ✓ Outils : table ronde, questionnaire qualité état de santé SF-36 échelle de stress perçu/HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)
- ✓ Temps : 2 heures, débriefing 15 mn par patient

Lieu : salle UTE

1 psychologue et 1 IDE

• **Connaissance de la maladie :**

- ✓ Objectifs : le patient doit savoir décrire de façon simplifiée le fonctionnement du cœur sain et insuffisant cardiaque, connaître le nom de la maladie, les symptômes, la ou les causes, la CAT en cas d'aggravation
- ✓ Outils : exposé interactif, schémas du cœur, supports éducatifs (CNCHG, ICARE)

Lieu : UTE

1 médecin et 1 IDE

•Gestion du stress de l'insuffisant cardiaque

✓ Objectifs :

Reconnaître les manifestations de stress au niveau physiologique, psychologique et comportemental

Repérer ses comportements de type A et les agents stressseurs de l'environnement

Maîtriser les techniques de relaxation et connaître les facteurs de résistance au stress

✓ Outils : brainstorming « résolution de problèmes », relaxation, échelle de stress perçu, échelle des modérateurs de stress MS

✓ Durée : 1 séance de 2 heures et 4 de 20 mn de relaxation

Lieu : UTE

1 psychologue et 1 IDE

• **Traitement de l'insuffisance cardiaque** : 2 fois 2 heures

- ✓ 1ère séance : connaissance du traitement
 - Connaître son traitement et la posologie
 - Nécessité de prendre son traitement chaque jour, observance
 - Connaître et surveiller les effets secondaires
- ✓ 2ème séance : les bonnes pratiques au quotidien
 - Prise et surveillance du poids
 - Surveillance biologique
 - Prévoir les renouvellements d'ordonnances
 - Faire appel au médecin en cas d'oubli ou d'effets secondaires
 - Importance des vaccinations

Lieu : UTE

2 IDE

• **L'insuffisance cardiaque au quotidien** : 2 heures

- ✓ Travail
- ✓ Bricolage
- ✓ Sommeil
- ✓ Taches ménagères
- ✓ Repas hors domicile
- ✓ Voyages
- ✓ Loisirs
- ✓ Hygiène de vie

Lieu : UTE

1 psychologue, 1 IDE, 1 Diététicienne

• **Alimentation et insuffisance cardiaque** : 2 fois 2 heures

- ✓ 1ère étape : connaître la quantité maximale de sel autorisée
- ✓ 2ème étape : reconnaître les aliments à teneur en sel importante
- ✓ 3ème étape : répartir la quantité de sel au cours
du repas et de la journée
- ✓ 4ème étape : gérer son alimentation dans la vie quotidienne
 - A la maison
 - Chez des amis
 - Au restaurant
 - A l'apéritif

Lieu : UTE

1 diététicienne et 1 IDE

• **Education de l'insuffisant cardiaque à l'activité physique :**

20 séances de 1h30

- ✓ Méthodes douce : eutonnie, stretching postural, relaxation
- ✓ Méthodes traditionnelles : endurance, renforcement musculaire
- ✓ Méthodes ludiques : jeux de ballons
- ✓ Méthodes d'équilibre

- ✓ 1ère séance : test de marche de 6 mn
test de Ruffier-Dickson
teste de souplesse
- ✓ 2ème à 20ème séance : alternance des méthodes et des activités

Lieu : Salle de réadaptation

1 EMS et 1 IDE

• **Evaluation finale** : 2 heures

- ✓ Evaluer les bienfaits du programme sur la vie quotidienne
- ✓ Evaluer la satisfaction :
(contenu, outils pédagogiques, animateurs)
- ✓ Questionnaire SF-36
- ✓ Questionnaire de satisfaction
- ✓ Réunion / discussion autour des attentes

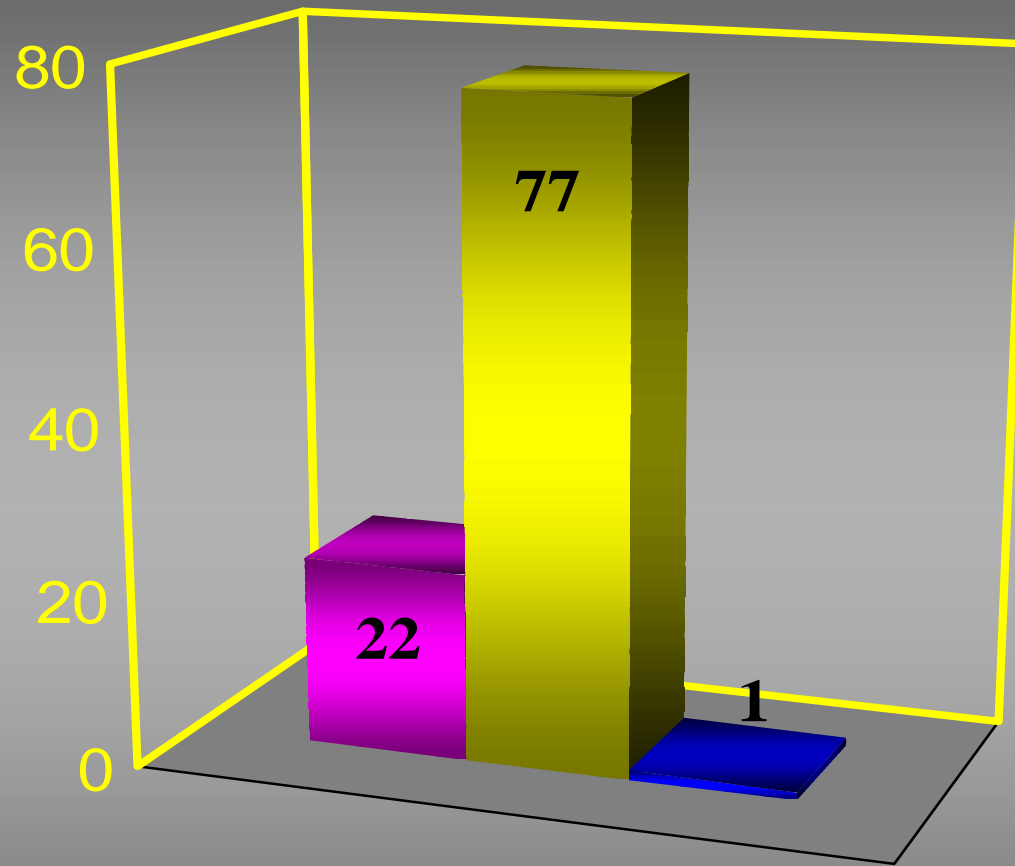
Lieu : UTE

1 psychologue et 1 IDE

BUDGET GLOBAL DE UTE 2007

- Absence de financement MIGAC
- Recettes :
 - Activité produite : 33.334,54 € (Cs, AMI 6, AMI 9, HDJ)
 - Recettes subsidiaires : 2967,50 €
- Dépense : 464.630,78 €
- Prise en charge budget hôpital : 428.328,76 €

Donc volonté forte de l'administration
Plus facile à convaincre sur le mode UTE



■ Ch. Pers Med ■ Ch. Pers Non Med ■ Ch. Caract Med

Quel avenir pour l'UTE ?



POUR UNE POLITIQUE NATIONALE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN,
Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et
de la vie associative
par

Monsieur Christian SAOUT
Président
Collectif Inter associatif sur la santé

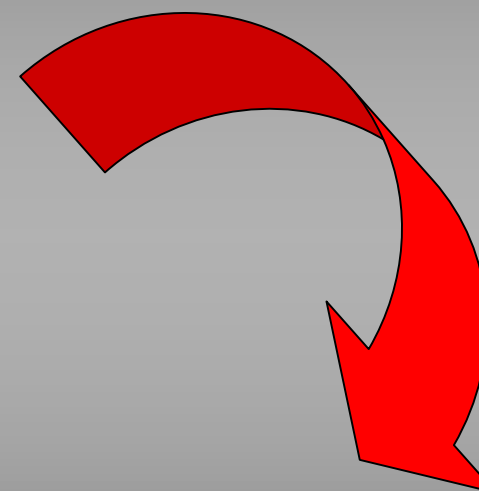
Professeur Bernard CHARBONNEL
Chef de la Clinique d'Endocrinologie
Hôtel Dieu Nantes

Professeur Dominique BERTRAND
Service de Santé Publique
Hôpital Fernand Widal

Avec la participation de

D^r Roland CECCHI-TENERINI
Inspecteur général des Affaires Sociales
Rapporteur

Loïc GEFFROY Jean-Claude MALLET
Conseillers généraux des établissements de santé



24 RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS RAPPORT SAOUT

- 1- ETP est un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de l'entourage à prendre en charge l'affection qui le touche
objectif : qualité de vie plus acceptable
- 2- La politique nationale de mise en place ne peut être que progressive
Pathologies prioritaires par décret : diabète, maladies CV, asthme, VIH
- 3- Les ARS sont chargées de l'évaluation quantitative et qualitative des programmes
- 4- Les ARS labellisent les équipes et les programmes selon un cahier des charges élaboré par l' INPES
- 5- L' ETP doit être reconnue par la loi et intégrée au plan de soins coordonnés
- 6- Un accompagnement par mention légale selon un référentiel

RECOMMANDATIONS RAPPORT SAOUT

- 7- Le patient conserve un droit absolu de refus de participer
- 8- Ce refus ne pourra en aucun cas conduire à une sanction
(Assurances de santé)
- 9- Un enseignement spécifique sera dispensé pour tout médecin au cours de son cursus de formation initial, ainsi qu'aux autres professionnels de santé concernés
- 10- Les directions hospitalières devront permettre la poursuite des activités existantes en les finançant en attendant la labellisation
- 11- Les ARS devront négocier des COM par ETP et planifier un maillage territorial pour les pratiques ambulatoires
- 12- Création au sein de la CNS (Conférence Nationale de Santé) d'une formation spécialisée sur l'ETP consultable par le ministre

RECOMMANDATIONS RAPPORT SAOUT

- 13- Il sera procédé à des appels régionaux à projets. L' ARS seule compétente pour retenir les programmes selon les priorités nationales ou régionales, les mettre en place, les financer et habiliter les équipes
- 14- L' ETP s'appuie sur des compétences nouvelles incluant la validation des acquis de l'expérience : formation et diplôme spécifiques
- 15- Concrétiser les propositions de l' INPES par des liens forts entre formation/université/expérience de terrain
- 16- ETP est différent d'un niveau métier = compétence supplémentaire
- 17- Tout service de court séjour qui pratique des hospitalisations d' ETP doit pouvoir continuer avec une tarification d' ETP
- 18- Il doit y avoir équivalence de formation pour les équipes d' hospitalisation et ambulatoires

RECOMMANDATIONS RAPPORT SAOUT

- 19- Le financement doit comprendre une tarification spécifique et un fonds national clairement identifié réparti au niveau régional par ARS
- 20- Création d'un fonds national pour le développement de l'ETP en secteur public et privé
- 21- ARS est le financeur exclusif régional
- 22- ARS ne financera que les programmes agréés
- 23- La réforme T2A en cours devra intégrer la tarification spécifique ETP sous forme de GHS ou de forfait spécifique
- 24- La classification SSR en cours d'expérimentation devra intégrer la rémunération de l'activité d'ETP

CONCLUSION

- La mise en commun des moyens et du savoir faire dans une UTE été dans notre expérience décisive pour la réalisation de nos projets
- Notre action est confortée par les dernières recommandations ESC
- Notre crainte est celle de la pérennisation de cette activité compte tenu du déficit engendré, des rigueurs budgétaires et de la T2A
- Notre espoir réside dans la réponse qui sera apportée par les pouvoirs publics au rapport Saout