

# Projet "Education thérapeutique et Filière d'insuffisance cardiaque"

## Rapport d'évaluation

Mandant du projet : Hôpital du Valais  
Statut et nature du rapport : Rapport final d'évaluation (auto-évaluation)  
Responsable de l'évaluation : Charlotte Piller, HVS  
Sion, le 30 mars 2023  
Auteur-e-s : Charlotte Piller, Dr Grégoire Girod

Impressum :

Education thérapeutique et filière d'insuffisance cardiaque (abréviation : IC Valais)  
VS PGV03.023

Durée de l'évaluation : Avril 2021 – décembre 2022

Période de collecte des données : Avril 2021 – décembre 2022

Accompagnement du projet d'évaluation chez Promotion Santé Suisse : Karin Lörvall et Peter Stettler, Prévention dans le domaine des soins (PDS)

Mandant du projet :



Hôpital du Valais  
Spital Wallis

Sponsor principal :



Gesundheitsförderung Schweiz  
Promotion Santé Suisse  
Promozione Salute Svizzera

Partenaires



asap  
association savoir patient



crr sion  
clinique romande de réadaptation

## Table des matières

1.	Introduction et concept .....	1
1.1	Situation initiale et besoin d'agir .....	1
1.2	Objectifs du projet et logique d'effets pour les atteindre .....	2
1.3	Couverture géographique du projet .....	3
1.4	Envergure du projet .....	3
1.5	Multiplicateurs et groupe-cible .....	5
1.6	Approche choisie dans le cadre du concept de soutien PDS .....	5
1.7	Stratégie nationale « Prévention des maladies non transmissibles » .....	6
1.8	Ressources financières et en personnel à disposition .....	6
2.	Méthodologie et objets d'évaluation .....	6
3.	Résultats .....	9
3.1	Evaluation de la mise en œuvre du projet .....	9
3.1.1	Effets de la pandémie de COVID-19 sur le projet .....	9
3.1.2	Facteurs favorables au déploiement du projet .....	9
3.1.3	Obstacles rencontrés durant le projet et solutions trouvées .....	9
3.2	Evaluation du projet en termes d'outputs (prestations) .....	10
3.2.1	Cardiologue /interniste hospitaliers .....	10
3.2.2	Infirmière d'ET - hospitalisation et suivi ambulatoire .....	10
3.2.3	Patients .....	10
3.2.4	Discussion au sujet des outputs (prestations) mis en œuvre .....	11
3.2.5	Informations aux médecins installés .....	11
3.2.6	Valorisation .....	11
3.3	Evaluation du projet en termes d'outcomes multiplicateurs (effets immédiats) .....	12
3.3.1	Multiplicateurs atteints et pratiques mises en œuvre .....	12
3.3.2	Effets sur les connaissances, attitudes et comportements des multiplicateurs .....	12
3.3.3	Effets sur les conditions-cadres .....	13
3.3.4	Effets sur la collaboration inter- et/ou multidisciplinaire .....	14
3.3.5	Effets sur les intersections à l'intérieur et/ou à l'extérieur des soins de santé .....	14
3.3.6	Evaluation par les collaborateurs et collaboratrices de la nouvelle filière d'insuffisance cardiaque .....	14
3.4	Evaluation du projet en termes d'outcomes sur les patients .....	15
3.4.1	Patients pris en charge et proches accompagnants .....	15
3.4.2	Réadaptation ambulatoire et stationnaire .....	17
3.4.3	Education thérapeutique de qualité .....	17
3.4.4	Optimisation du traitement médicamenteux .....	18
3.4.5	Evolution du stade NYHA des patients .....	18
3.4.6	Décès .....	19
3.4.7	DMS (durée moyenne de séjour) .....	20
3.4.8	Optimisation de la satisfaction des patients .....	20
3.4.9	Effets sur les connaissances, attitudes et comportements des patients .....	21
3.4.10	Facteurs de succès .....	25
3.4.11	Obstacles et solutions trouvées .....	25
3.4.12	Discussion au sujet des effets sur les patients .....	25
3.5	Impact .....	26
3.5.1	Qualité de vie et autonomie des patients .....	26
3.5.2	Diminution du besoin en soins .....	28
3.5.3	Baisse des coûts imputés à la LAMal .....	29
4.	Conclusion et perspective .....	30
4.1	Pertinence du projet et conformité aux besoins des patients .....	30
4.2	Réponse aux besoins des acteurs dans le domaine des soins de santé .....	30

4.3	Intégration actuelle et future des pratiques préventives dans le domaine des soins de santé.....	31
4.4	Durabilité du projet.....	31
	Bibliographie.....	32
	Annexe I: Modèle d'impact .....	33
	Annexe II : Objectifs et indicateurs .....	34
	Annexe III : Acteurs de l'évaluation .....	35
	Annexe IV : Brochures et carnet de suivi à destination des patients.....	36
	Annexe V : Tag et formulaires IC dans le dossier patient informatisé .....	37
	Annexe VI : Newsletters médecins installés .....	38
	Annexe VII : Enquête interne auprès des acteurs de la prise en charge.....	39
	Annexe VIII : Questionnaire de satisfaction.....	41
	Annexe IX : Questionnaire de satisfaction – commentaires libres des patients .....	42
	Annexe X : Questionnaire de la qualité de vie.....	43
	Annexe XI : Questionnaire Association Savoir Patient (entretien à 3 mois) .....	45
	Annexe XII: Résultats questionnaire Patients cours « Manger de bon cœur » .....	50

## Table des illustrations

Figure 1: Progression de l'IC en relation avec l'évolution de la fonction cardiaque.....	1
Figure 2: Three phase terrain of lifetime readmission risk after heart failure hospitalization.....	2
Figure 3: Phase initiale intra-hospitalière.....	3
Figure 4: Phase ambulatoire post-hospitalière.....	4
Figure 5: Envergure du projet « Education thérapeutique et Filière d'IC » (CHVR).....	4
Figure 6: Echelle Questionnaire de la qualité de vie.....	26
Tableau 1: Multiplicateurs et groupe-cible.....	5
Tableau 2: Domaines prioritaires d'intervention du projet.....	5
Tableau 3: Méthodes d'évaluation.....	8
Tableau 4 : Multiplicateurs et pratiques mises en œuvre.....	12
Tableau 5: Effets attendus sur les connaissances, attitudes et comportements des multiplicateurs.....	12
Tableau 6: Classe fonctionnelle de la NYHA.....	19
Tableau 7: Délai entre la première hospitalisation et le décès (% nouveaux patients de l'année).....	20
Tableau 8: Effets attendus sur les connaissances, attitudes et comportements des patients....	21
Tableau 9: Mention des effets indésirables par les patients.....	24
Tableau 10: Evolution du nombre de réhospitalisations 1-30j et 1-90j.....	28
Tableau 11: Economies supposées pour la LAMal.....	30
Graphique 1: Evaluation par les collaborateurs du fonctionnement de la nouvelle filière IC dans son ensemble.....	14
Graphique 2: Evaluation par les collaborateurs de la nouvelle filière IC en termes de coordination interprofessionnelle.....	15
Graphique 3: Evaluation par les collaborateurs des prestations proposées aux patients dans le cadre de la filière IC.....	15
Graphique 4: Nombre de patients par type de cas.....	16
Graphique 5: Age et sexe des patients inclus dans le programme de suivi.....	17
Graphique 6: Réadaptation après le séjour hospitalier.....	17
Graphique 7: Ajustement de posologie médicamenteuse et nombre de changements par patient.....	18
Graphique 8: Nombre de changements de posologie par patient.....	18
Graphique 9: Evolution du stade NYHA durant le programme de suivi de l'IC.....	19
Graphique 10: Evolution de la DMS dans le Service de Cardiologie.....	20
Graphique 11: Satisfaction : répartition des réponses en %.....	21
Graphique 12: Evaluation de la durée et du lieu du programme de suivi.....	22
Graphique 13: Pertinence du programme de suivi.....	22
Graphique 14: en quoi le programme a aidé le patient.....	23
Graphique 15: Réussite de l'introduction de changements dans la vie quotidienne.....	23
Graphique 16: Effets indésirables du traitement médicamenteux.....	24
Graphique 17: Passer le reste de sa vie avec une IC (moral et sentiments vis-à-vis de la maladie).....	24
Graphique 18: Motifs de la non inclusion des patients dans le programme de suivi.....	25
Graphique 19: Qualité de vie : moyenne des réponses à 6 mois par rapport à la sortie de l'hôpital.....	26
Graphique 20: Comparaison fatigue, essoufflement, obstacle à profiter de la vie et moral (sentiment quant au fait de passer le reste de sa vie avec l'IC) – sortie de l'hôpital et à 6 mois	27
Graphique 21: Amélioration de l'état du patient et de sa qualité de vie après le suivi du programme.....	27
Graphique 22: Tendance des réhospitalisations à 30 jours et à 90 jours (3 mois).....	28
Graphique 23: Sévérité des cas 1ère hospitalisation IC (CMI).....	29
Graphique 24: Evolution des cost-weights pondérés valorisé en chf (réhospitalisations à 90 jours).....	30

## Remerciements

A la Direction Générale de l'Hôpital du Valais en tant que porteuse et mandante du projet « Education thérapeutique et filière d'insuffisance cardiaque » pour son soutien.

Aux Directions du Centre hospitalier du Valais romand et du Spital Zentrum Oberwalis pour leur soutien.

À Promotion Santé Suisse pour le financement accordé dans le cadre du soutien de projets PDS, et plus particulièrement à Mme Karin Lörvall, pour son accompagnement et ses précieux conseils dans le cadre du suivi et de la promotion du projet, à M. Peter Stettler et Mme Céline Gerber pour leur soutien concernant le processus d'évaluation.

Aux membres du Comité de pilotage du projet ci-après : Dr Grégoire Girod, la Dre Raluca Alexe, le Dr Christophe Sierro, le Dr Niels Gobin, le Dr Dominique Evéquo, la Dre Susuri-Pfammatter, Mme Marie-Christine Hug, Mme Edina Selimovic, Mme Nathalie Rouillard-Produit, Mme Katja Marty remplacée par Mme Adrienne Zenklusen, Mme Chiara Anthamatten, pour leur engagement et leur motivation à faire aboutir le projet.

Au Dr Patrick Yerly du CHUV pour son soutien et ses conseils avisés au sein du Comité de pilotage.

Au Dr Bertrand Jop, ancien président du Groupement des cardiologues valaisans, cardiologue installé, pour son soutien et ses conseils avisés au sein du Comité de pilotage.

A Mesdames Angela Grezet Bento de Carvalho, Catherine Cavegn Battier et Marylise Pesenti de l'Association Savoir Patient (ASAP) pour leur précieux accompagnement, leurs conseils avisés durant le projet au sein du Comité de pilotage ainsi que l'entregent dont elles ont fait preuve envers les patients dans le cadre des entretiens qui ont été menés.

Au personnel du service de Cardiologie, de Médecine, des Epreuves fonctionnelles du Centre hospitalier du Valais romand et de Médecine du Spital Zentrum Oberwalis pour leur implication constante dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques.

A Mesdames Céline Mabillard, Mégane Bonvin et Lorella Ciutto, Diététiciennes, pour leur engagement et leur motivation dans le cadre du projet.

Au service de la santé publique (SSP) du canton du Valais, en particulier à M. Cédric Dessimoz pour son soutien au projet.

A Messieurs Loïc Rossier, René Bonvin et Mathieu Giotta du Datawarehouse et reporting de l'Hôpital du Valais pour leur énorme soutien et diligence dans le cadre du processus de récolte de données et de reporting.

A Messieurs Frédéric Lamon, Julien Lamon et aux autres collaborateurs impliqués du service informatique de l'Hôpital du Valais, à Mme Carole Zielazinski, Responsable métier des systèmes d'information clinique, Mme Marina Hinnens Coordinatrice Métier des systèmes d'information clinique pour leur soutien et diligence sans faille dans le cadre de la mise en œuvre des développements informatiques nécessaires au projet.

A M. Jérôme de Bast, Coordinateur de la réadaptation cardio-vasculaire ambulatoire de la Clinique romande de réadaptation (CRR), pour son soutien et ses conseils dans le cadre du projet.

À M. Antoine Bonvin, Chef suppléant Prévention dans le domaine des soins de l'OFSP, pour son intérêt marqué pour le projet, ses questions et conseils lors des séances d'évaluation et de suivi.

A Novartis pour son aide à l'élaboration et à l'édition du carnet de suivi pour le patient.

Et enfin, un grand merci aux patients insuffisants cardiaques qui ont choisi d'intégrer le programme de suivi des patients insuffisants cardiaques de l'Hôpital du Valais et qui ont accepté de répondre aux différents questionnaires et d'être interviewé par l'ASAP ainsi qu'à leurs proches pour leur engagement personnel.

## Lexique, abréviations et références

ASAP	Association Savoir Patient
CHVR	Centre hospitalier du Valais romand
CMI	Case Mix Index <i>Degré de sévérité moyen de l'hôpital. Plus cet indice est élevé, plus lourds sont en moyenne les cas traités par l'hôpital. Seuls les cas facturés en DRG sont considérés pour le calcul du CMI. Il s'obtient en divisant le case mix par le nombre de cas durant une période définie.</i>
CRR	Clinique Romande de réadaptation
DMS	Durée moyenne de séjour (facturable DRG)
EPT	Equivalent plein temps
ET	Education thérapeutique
IC	Insuffisance cardiaque
MNT	Maladie non transmissible
PDS	Prévention dans le domaine des soins
PSCH	Promotion Santé Suisse
HVS	Hôpital du Valais
RAD	Retour à domicile
SZO	Spital Zentrum Oberwallis
(.)	<b>Renvoi vers une référence dans le texte</b>
[.]	<b>Référence bibliographique</b>

**Pour ne pas alourdir le texte, nous nous conformons à la règle qui permet d'utiliser le masculin avec la valeur de neutre.**

## Résumé du projet

Le projet « Education thérapeutique et insuffisance cardiaque » a été mis en œuvre dès le 12 avril 2021 au CHVR. Le but de ce projet était la mise en place d'une consultation ambulatoire hospitalière des patients insuffisants cardiaques au sein d'un pool médico-soignant dédié jusqu'à 30 jours après leur sortie de l'hôpital suite à une décompensation cardiaque. Ceci, afin d'assurer une continuité de prise en charge jusqu'au relais avec le médecin référent (médecin de famille et/ou cardiologue) qui ne peut pas toujours avoir lieu rapidement après la sortie de l'hôpital, une des phases les plus à risque de réhospitalisation et de décès selon la littérature internationale.

Ce suivi ambulatoire comprend un volet médical (anamnèse, suivi des constantes, titrage des médicaments) et une démarche personnalisée d'éducation thérapeutique (ET) accompagné par une infirmière où l'autogestion de l'insuffisance cardiaque (IC) est construite en partenariat avec le patient (physiologie; mode de vie; empowerment; auto-surveillance et symptômes d'alerte; connaissance du traitement médicamenteux et observance). Bien que remboursée par la LAMal lorsque dispensée sur mandat d'un médecin<sup>1</sup>, l'ET en lien avec l'IC (prévention secondaire<sup>2</sup> et tertiaire<sup>3</sup>) n'était jusque-là proposée qu'aux patients inscrits à un programme de réadaptation cardio-vasculaire stationnaire ou ambulatoire. Les autres n'en profitaient encore que très rarement dans quelques cabinets privés, d'où la volonté de combler cette lacune grâce à ce projet.

Après la fin des 30 jours, l'Association Savoir Patient (ASAP), partenaire principal du projet, coordonne un contact téléphonique avec le patient à 3 mois après la sortie de l'hôpital afin de s'assurer des effets sur la vie du patient de l'ET dispensée, de s'enquérir de son état de santé et de sa qualité de vie, des potentiels effets secondaires du traitement et de lui demander son feedback au sujet du programme de suivi. A 6 mois après sa sortie de l'hôpital, le patient est ensuite invité à renvoyer à l'hôpital un second questionnaire sur sa qualité de vie ; le premier questionnaire sur sa qualité de vie lui ayant été remis à la sortie de l'hospitalisation.

Le SZO, quant à lui, a mis en œuvre en octobre 2022 un concept plus restreint, limité au séjour stationnaire du patient ; il comprend pour le moment un entretien d'ET en chambre donné par une infirmière mais est cependant, nous l'espérons, appelé à se développer vers l'ambulatoire à moyen terme.

A la fin 2022, les premiers résultats sont très encourageants et démontrent un vrai bénéfice pour le patient, particulièrement concernant les réhospitalisations précoces à 30 et à 90 jours de patients hospitalisés pour cause d'IC qui ont diminué respectivement de 41.6% et de 49.5% par rapport à 2019<sup>4</sup> et concernant la qualité de vie à propos de laquelle plus de 80% des patients interviewés par l'ASAP ont constaté une amélioration (toutes thématiques confondues : activités usuelles, loisirs, relationnel, essoufflement, fatigue, œdème des membres inférieurs, sommeil, etc.).

A l'avenir, nous souhaiterions pouvoir déployer un programme de suivi ambulatoire au SZO adapté au contexte local, optimiser la communication interdisciplinaire et inter-service, intégrer davantage de patients dans le suivi ambulatoire (par exemple en provenance de l'extérieur de l'hôpital, c'est-à-dire orientés vers la consultation ambulatoire par leur cardiologue ou médecin traitant), développer un

---

<sup>1</sup> Prévention secondaire et tertiaire en cas de suspicion de maladie ou de maladie manifeste (p. ex. gestion de la maladie, autogestion, modification du mode de vie) en tant que prestations de traitement selon l'art. 25 LAMal (Loi fédérale sur l'assurance-maladie)

<sup>2</sup> La prévention secondaire est axée sur la détection et l'intervention précoces en cas de danger concret et/ou de premiers signes de maladie et se concentre sur les groupes à risque individuels

<sup>3</sup> La prévention tertiaire vise à éviter la chronicité et les dommages consécutifs et à améliorer la qualité de vie des personnes déjà malades

<sup>4</sup> Il est probable que le COVID ait impacté fortement les statistiques de l'année 2020 (baisse générale des hospitalisations), nous avons dès lors pris l'année 2019 comme année de référence.

coaching proactif par téléphone (appels téléphoniques réguliers aux patients effectués par l'infirmière d'IC), développer/mettre à jour les supports didactiques pour le patient sous forme de brochures et vidéos et développer un portail patient pour la mise à disposition en ligne des différents questionnaires, participer à la création d'un réseau romand de suivi de l'IC et enfin développer des actions de prévention primaire de l'IC pour le grand public (conférences, sensibilisation, etc.).

**Um den Text nicht zu überfrachten, halten wir uns an die Regel, dass das Maskulinum mit dem Wert Neutrum verwendet werden kann.**

## **Zusammenfassung des Projekts**

Das Projekt "Selbstmanagementförderung und Behandlungspfad Herzinsuffizienz" wurde ab dem 12. April 2021 im CHVR umgesetzt. Ziel dieses Projekts war die Einrichtung einer ambulanten Spitalsprechstunde für Patienten mit Herzinsuffizienz innerhalb eines dedizierten medizinisch-pflegerischen Pools bis zu 30 Tage nach ihrer Entlassung aus dem Spital aufgrund einer kardialen Dekompensation. Dies soll die Kontinuität der Betreuung bis zur Übergabe an den überweisenden Arzt (Hausarzt und/oder Kardiologe) gewährleisten, die nicht immer schnell nach der Entlassung aus dem Spital erfolgen kann, einer der Phasen mit dem höchsten Risiko für eine erneute Spitaleinweisung und den Tod gemäss der internationalen Literatur.

Diese ambulante Betreuung umfasst einen medizinischen Teil (Anamnese, Überwachung der Vitalfunktionen, Medikamententitration) und eine von einer Pflegefachperson begleitete persönliche therapeutische Beratung (TB), bei der das Selbstmanagement der Herzinsuffizienz (HI) in Partnerschaft mit dem Patienten aufgebaut wird (Physiologie, Lebensstil, Empowerment, Selbstüberwachung und Warnsymptome, Kenntnis der medikamentösen Behandlung und Compliance). Obwohl sie vom KVG vergütet wird, wenn sie im Auftrag eines Arztes durchgeführt wird<sup>5</sup>, wurde die HI-bezogene TB (Sekundärprävention<sup>6</sup> und Tertiärprävention<sup>7</sup>) bisher nur Patienten angeboten, die sich in einem stationären oder ambulanten kardiovaskulären Rehabilitationsprogramm befanden. Die anderen kamen bisher nur sehr selten in einigen wenigen Privatpraxen in den Genuss dieser Dienstleistung, weshalb man diese Lücke durch dieses Projekt schliessen wollte.

Nach Ablauf der 30 Tage koordiniert die Association Savoir Patient (ASAP), der Hauptpartner des Projekts, 3 Monate nach der Entlassung aus dem Spital einen Telefonkontakt mit dem Patienten, um sich von den Auswirkungen der vermittelten TB auf das Leben des Patienten zu erkundigen, seinen Gesundheitszustand und seine Lebensqualität zu erfragen, sich über mögliche Nebenwirkungen der Behandlung zu erkundigen und ihn um Feedback zum Nachsorgeprogramm zu bitten. Sechs Monate nach der Entlassung aus dem Spital wird der Patient dann gebeten, einen zweiten Fragebogen zu seiner Lebensqualität an das Spital zurückzuschicken; der erste Fragebogen zur Lebensqualität war ihm bei der Entlassung aus dem Spital ausgehändigt worden.

Das SZO wiederum hat im Oktober 2022 ein kleineres Konzept umgesetzt, das auf den stationären Aufenthalt des Patienten beschränkt ist; es umfasst derzeit ein TB-Gespräch auf dem Zimmer, das von einer Pflegefachperson geführt wird, soll jedoch hoffentlich mittelfristig in Richtung Ambulanz weiterentwickelt werden.

Bis Ende 2022 sind die ersten Ergebnisse sehr ermutigend und zeigen einen echten Nutzen für die Patienten, insbesondere in Bezug auf die frühen Rehospitalisierungen nach 30 und 90 Tagen von Patienten, die aufgrund von HI ins Spital eingeliefert wurden, die um 41,6 % bzw. 49,5 % zurückgingen im Vergleich zu 2019<sup>8</sup> und bezüglich der Lebensqualität, bei der mehr als 80% der von ASAP befragten Patienten eine Verbesserung feststellten (alle Themenbereiche: übliche Aktivitäten, Freizeit, Beziehungen, Kurzatmigkeit, Müdigkeit, Ödeme der unteren Gliedmassen, Schlaf usw.).

---

<sup>5</sup> Sekundär- und Tertiärprävention bei Krankheitsverdacht oder manifester Krankheit (z.B. Krankheitsmanagement, Selbstmanagement, Änderung des Lebensstils) als Behandlungsleistungen nach Art. 25 KVG (Bundesgesetz über die Krankenversicherung)

<sup>6</sup> Die sekundäre Prävention ist auf die Früherkennung und Intervention bei konkreten Gefahren und/oder ersten Krankheitsanzeichen ausgerichtet und konzentriert sich auf einzelne Risikogruppen

<sup>7</sup> Tertiäre Prävention zielt darauf ab, Chronifizierung und Folgeschäden zu vermeiden und die Lebensqualität bereits erkrankter Menschen zu verbessern.

<sup>8</sup> Es ist wahrscheinlich, dass COVID die Statistiken für das Jahr 2020 stark beeinflusst hat (allgemeiner Rückgang der Krankenhauseinweisungen), daher haben wir das Jahr 2019 als Referenzjahr genommen.

In Zukunft möchten wir ein ambulantes Nachsorgeprogramm am SZO einsetzen können das an die lokalen Gegebenheiten angepasst ist, die interdisziplinäre und abteilungsübergreifende Kommunikation optimieren, mehr Patienten in die ambulante Nachsorge einbeziehen (z. B. von ausserhalb des Spitals, d. h. von ihrem Kardiologen oder Hausarzt an die ambulante Sprechstunde verwiesen), ein proaktives Telefoncoaching entwickeln (regelmässige Telefonanrufe bei den Patienten durch die HI-Pflegefachperson), didaktisches Material für den Patienten in Form von Broschüren und Videos entwickeln/aktualisieren und ein Patientenportal für die Online-Bereitstellung der verschiedenen Fragebögen entwickeln, an der Schaffung eines Westschweizer Netzwerks für die Überwachung der HI mitwirken und schliesslich Massnahmen zur Primärprävention der HI für die breite Öffentlichkeit entwickeln (Konferenzen, Sensibilisierung, usw.)

## 1. Introduction et concept

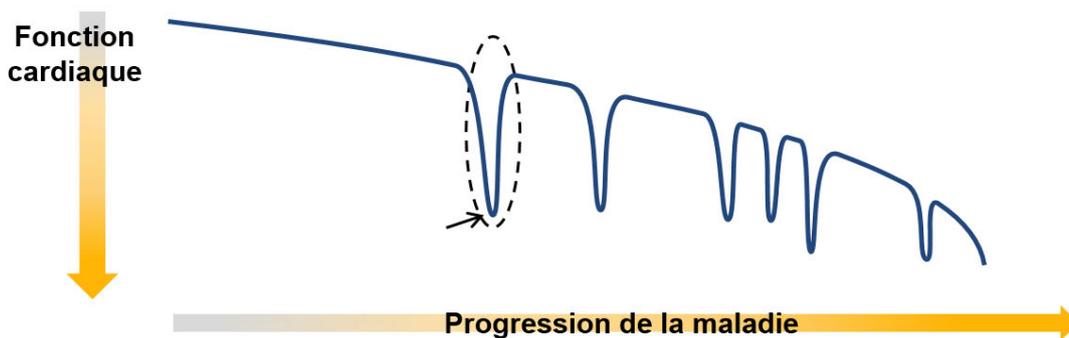
L'IC est une maladie chronique dans laquelle la fonction de pompe du cœur est affaiblie ; il ne pompe pas le sang comme il le devrait. Elle est décrite comme une anomalie de la contraction du muscle cardiaque ventriculaire (dysfonction systolique) ou de remplissage (dysfonction diastolique).

Les symptômes sont un essoufflement, de la fatigue, des jambes enflées et un rythme cardiaque rapide.

Les traitements peuvent comprendre une réduction de la consommation de sel, une limitation de l'ingestion de fluides et la prise de médicaments sur ordonnance. Dans certains cas, un défibrillateur ou un pacemaker peuvent être implantés.

Vous trouverez ci-dessous une figure représentant la progression de la maladie en relation avec l'évolution de la fonction cardiaque.

**FIGURE 1: PROGRESSION DE L'IC EN RELATION AVEC L'ÉVOLUTION DE LA FONCTION CARDIAQUE**



Gheorghiadé et al. 2009<sup>9</sup>

NB : la flèche et le cercle indiquent la première décompensation cardiaque du patient. C'est à la suite de cette première décompensation cardiaque que le projet « Education thérapeutique et filière d'Insuffisance cardiaque » intervient prioritairement.

Les étiologies de l'IC sont les suivantes :

- Maladie coronarienne (60-70%)
- Hypertension artérielle (20-30%)
- Cardiomyopathies (5-10%)
- Valvulopathies (<10%)
- Malformations cardiaques congénitales (<2%)

### 1.1 Situation initiale et besoin d'agir

En Suisse Romande, on estime qu'il y a entre 25'000 et 30'000 personnes qui souffrent d'IC (dont un tiers au stade avancé avec une classe NYHA<sup>10</sup> III-IV, voir **Tableau 6**) ; en Valais, 300-350 personnes par année (dont 250-300 au CHVR) sont admises pour un 1<sup>er</sup> épisode d'IC aiguë et il y a environ 650-750 séjours (dont 450-550 au CHVR) par année pour un diagnostic principal d'IC.

L'IC touche particulièrement la population âgée qui est en constante augmentation ; selon l'American Heart Association, la part des patients insuffisants cardiaques chroniques est appelée à augmenter de 46% d'ici à 2030<sup>11</sup>.

La littérature internationale est unanime à décrire que la phase qui suit une hospitalisation pour décompensation cardiaque comporte un risque accru de décès et une haute probabilité de réhospitalisation sans une continuité de prise en charge médicale et multidisciplinaire ambulatoire [4-9 ; cohortes françaises SNIIRAM et RESICARD et cohorte américaine MEDICAID] ; de plus, une ET structurée précoce après l'hospitalisation est vivement recommandée par les différentes sociétés

<sup>9</sup> M. Gheorghiadé et al., *Acute heart failure syndromes*, 2009

<sup>10</sup> Classification de l'insuffisance cardiaque de la New York Heart Association (classification de la gravité de l'affection sur la base des symptômes) : classes entre I et IV

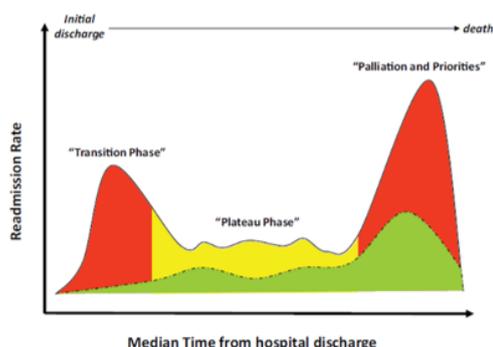
I = aucun symptôme IV = symptômes sévères

<sup>11</sup> American Heart Association: *Forecasting the Impact of Heart Failure in the United States*, 2013

savantes (European Society of Cardiology – ESC [1], Haute Autorité de Santé – HAS (France) [2,3], etc.).

A.S. Desai et L.W. Stevenson [5] mettent notamment en lumière que cette phase qui suit la 1<sup>ère</sup> hospitalisation pour décompensation cardiaque est particulièrement à risque en matière de réhospitalisation, voir le graphique ci-après qui souligne en rouge les deux phases les plus à risque de réhospitalisation que sont la phase qui suit la 1<sup>ère</sup> hospitalisation dénommée « Transition phase » et la phase de fin de vie dénommée « Palliation and Priorities ».

**FIGURE 2: THREE PHASE TERRAIN OF LIFETIME READMISSION RISK AFTER HEART FAILURE HOSPITALIZATION**



**Figure 1.** Three-phase terrain of lifetime readmission risk after heart failure hospitalization. Figure drawn to schematically depict data from Chun et al.<sup>7</sup> and Russo et al.<sup>19</sup> The shaded red areas depict periods of highest risk for readmission immediately following discharge and just before death; the shaded yellow area reflects the lower risk plateau phase; and the shaded green reflects the assumed baseline of unavoidable readmissions.

La période qui suit l'hospitalisation paraissait donc être la période idéale sur laquelle se concentrer dans l'optique de diminuer les réhospitalisations précoces de patients insuffisants cardiaques. En effet, jusque-là, il pouvait exister une lacune de suivi médical et thérapeutique du patient durant cette période critique lorsque le patient retournait à la maison et devait attendre souvent plusieurs semaines avant de revoir son cardiologue ou médecin référent. De plus, le patient ne pouvait que très rarement bénéficier d'une éducation thérapeutique ciblée (connaissances de la maladie et des médicaments, reconnaissance des symptômes d'alerte, enseignement des facteurs de risque et encouragement à l'adaptation des habitudes de vie) à sa sortie de l'hôpital.

## 1.2 Objectifs du projet et logique d'effets pour les atteindre

Les objectifs (O) principaux du projet étaient les suivants :

- O1 : Diminuer les réhospitalisations précoces
- O2 : Instaurer la collaboration interdisciplinaire
- O3 : Meilleure gestion de la maladie par le patient
- O4 : Assurer une éducation thérapeutique de qualité
- O5 : Optimiser le traitement médicamenteux
- O6 : Optimiser la satisfaction du patient
- O7 : Continuité de la prise en charge du patient

Les logiques d'effets attendus étaient les suivantes :

- Grâce aux entretiens d'ET en chambre puis durant le suivi ambulatoire à 30 jours, les patients améliorent leurs connaissances concernant la maladie, les symptômes d'alerte (ou d'aggravation) et l'alimentation pauvre en sel ; ils deviennent dès lors davantage acteurs et (ré)actifs dans le cadre de leur maladie (empowerment<sup>12</sup>). En conséquence, ils réagissent plus rapidement devant de premiers symptômes d'aggravation, font davantage attention à leur alimentation, à l'observance de leur médication et à leur mode de vie et de ce fait, sont moins vite réhospitalisés pour une récurrence de décompensation cardiaque.

<sup>12</sup> « L'empowerment est un processus de transformation personnelle par lequel les patients renforcent leur capacité à prendre effectivement soin d'eux-mêmes et de leur santé, et pas seulement de leur maladie et de leur traitement comme décrit le plus souvent dans la littérature médicale ». (Aujoulat I.). Il permet de renforcer la capacité d'agir du patient sur les facteurs déterminants de sa santé. Dans son sens le plus général, l'empowerment désigne selon Israël B. et al., la capacité des gens à mieux comprendre et mieux contrôler les forces personnelles, sociales, économiques et politiques qui déterminent leur qualité de vie, dans le but d'agir pour améliorer celle-ci.

- Grâce au suivi médical ambulatoire à 30 jours et à la continuité de la prise en charge au sortir de l'hospitalisation, la posologie médicamenteuse de l'IC peut être ajustée précocement et le patient bénéficie d'un contrôle clinique (ECG, analyses sanguines) accru durant cette période critique. Dès lors, les symptômes du patient (évalués selon l'échelle NYHA) se stabilisent ou s'améliorent plus rapidement, ce qui permet d'éviter une réhospitalisation précoce.
- Grâce au suivi médico-soignant ambulatoire et aux cours collectifs proposés au patient, celui-ci voit son état de santé général et sa qualité de vie s'améliorer (questionnaire de la qualité de vie et entretien avec l'ASAP), gère mieux sa maladie et est plus positif vis-à-vis de celle-ci. Il a également l'impression d'être bien pris en charge et l'exprime par sa satisfaction (questionnaire de satisfaction).
- Grâce au binôme médico-soignant et au pool d'IC, une collaboration interdisciplinaire dédiée à la prise en charge de l'IC s'instaure dans le quotidien. Les objectifs de cette prise en charge spécifique sont clairs pour tous et toutes avec un but commun et un investissement personnel auprès des patients.

### 1.3 Couverture géographique du projet

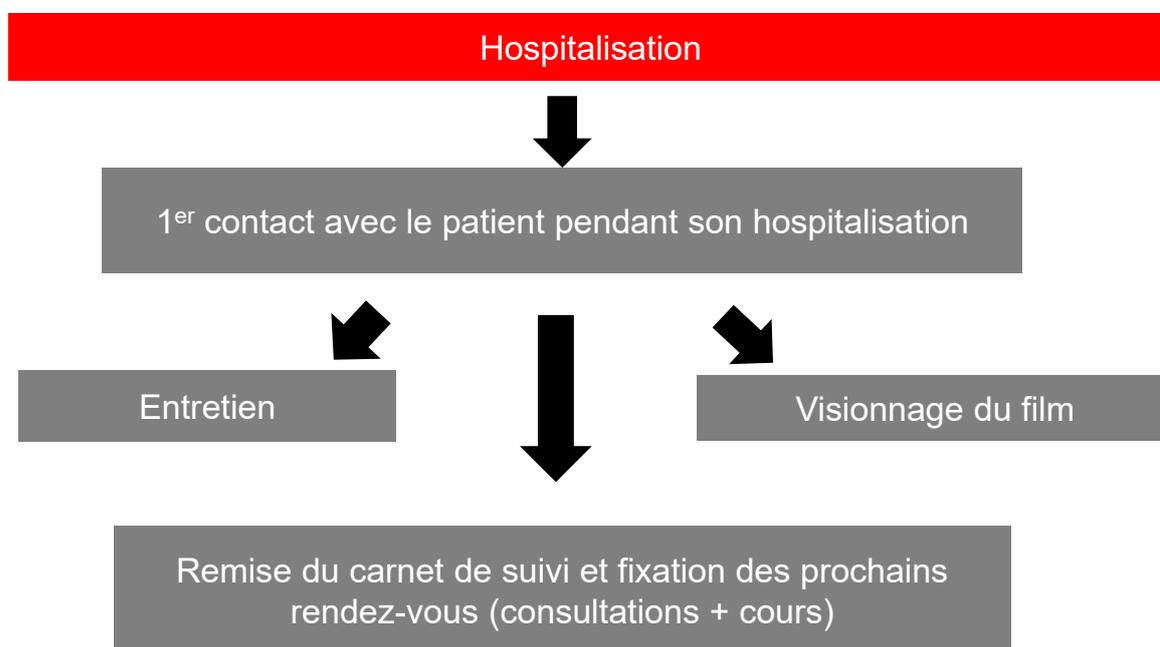
Ce projet est d'envergure cantonale et bilingue avec l'implication des 2 centres hospitaliers de l'HVS que sont le CHVR pour le Valais romand et le SZO pour le Haut-Valais. Il fait partie d'un projet global de filière valaisanne de prise en charge des patients souffrant d'IC. Les 2 centres restent cependant indépendants et le projet s'est adapté à leurs réalités respectives. A cet égard, le déploiement n'a pu s'effectuer dans le Haut-Valais comme prévu initialement mais se poursuit actuellement (3.1.3).

### 1.4 Envergure du projet

Pour ce qui concerne le CHVR, le périmètre du projet comprend :

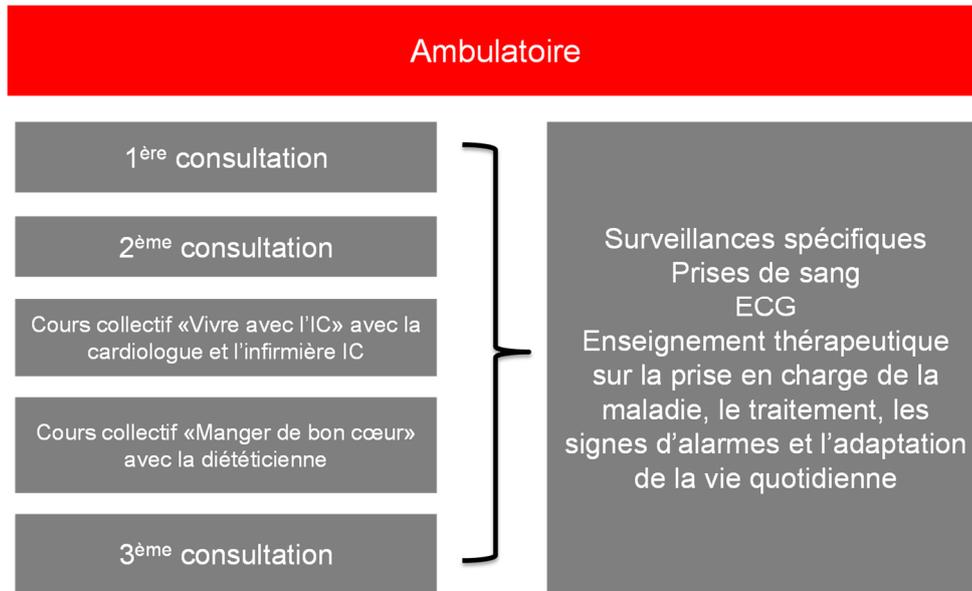
- Une phase initiale intra-hospitalière : entretien d'ET en chambre

#### 1.4.1 **FIGURE 3: PHASE INITIALE INTRA-HOSPITALIÈRE**



- Une phase ambulatoire post-hospitalière : programme de suivi à 30 jours qui comprend 3 consultations par un binôme médico-soignant ainsi que 2 cours collectifs, respectivement « Vivre avec l'IC » donné par la cardiologue et l'infirmière et « Manger de bon cœur » donné par la diététicienne.

**FIGURE 4: PHASE AMBULATOIRE POST-HOSPITALIÈRE**



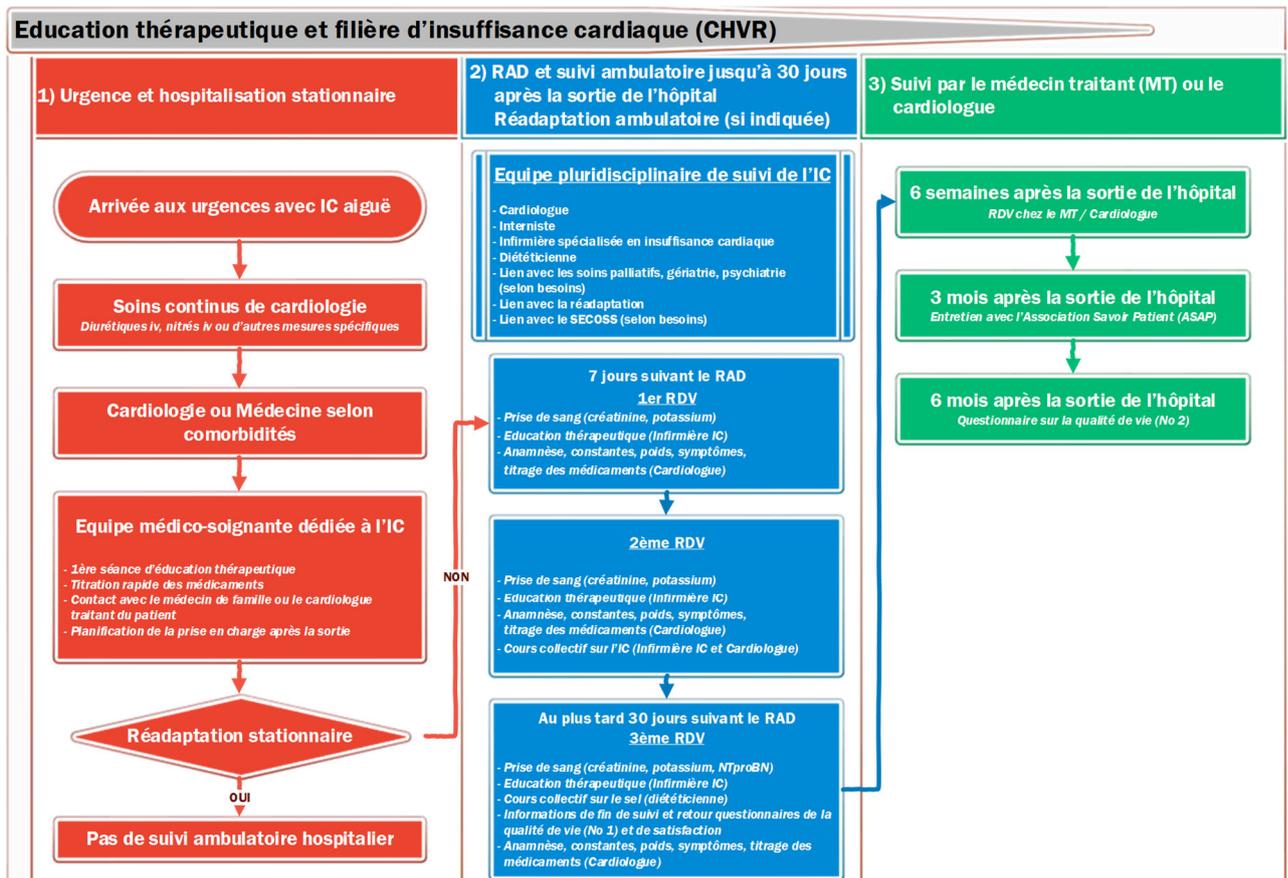
Le patient signe 2 consentements : un consentement concernant le programme de suivi et un consentement concernant la recherche (potentielle recherche menée dans le futur).

- Une phase post-suivi ambulatoire : entretien à 3 mois avec l'ASAP et questionnaire de la qualité de vie à 6 mois. Le patient doit également voir son cardiologue ou médecin référent 6 semaines après sa sortie de l'hôpital.

Pour ce qui concerne le SZO, le périmètre du projet a été revu à la baisse avec dès octobre 2022 uniquement un volet stationnaire (entretien d'ET en chambre).

Ci-après, l'envergure du projet au CHVR :

**FIGURE 5: ENVERGURE DU PROJET « EDUCATION THÉRAPEUTIQUE ET FILIÈRE D'IC » (CHVR)**



## 1.5 Multiplicateurs et groupe-cible

Les multiplicateurs<sup>13</sup> et le groupe-cible sont les suivants :

**TABLEAU 1: MULTIPLICATEURS ET GROUPE-CIBLE**

Catégorie	Dénomination	Valeur cible	Valeur réelle atteinte
<b>Multiplicateurs</b>	Médecins (cardiologues, internistes hospitaliers), Cardiologues installés, Médecins généralistes installés	335	250
<b>Multiplicateurs</b>	Soins médicaux et personnel d'assistance médicale	10	9
<b>Multiplicateurs</b>	Thérapeute (diététicienne, physiothérapeute)	5	11
<b>Groupe cible</b>	Patients (personnes déjà malades)	400	244

Concernant les multiplicateurs, la valeur cible de médecins n'a pu être atteinte vu la mise en stand-by du concept de suivi du SZO.

A propos des patients, l'objectif a été revu à la baisse également en lien avec le retard de mise en œuvre du projet au SZO.

A la fin de l'année 2022, au CHVR, 225 patients atteints d'IC ont au minimum bénéficié d'un entretien d'éducation thérapeutique en chambre dont 175 ont ensuite bénéficié du programme de suivi ambulatoire, ce qui représente 78% des 225 patients identifiés.

Pour ce qui concerne le SZO, 17 patients ont pu bénéficier d'un entretien d'ET durant leur séjour hospitalier en 2022. De plus, 2 patients hauts-valaisans pris en charge initialement au CHVR après leur décompensation cardiaque ont pu bénéficier d'un entretien d'ET au SZO. Dès lors, au total 19 patients ont déjà pu bénéficier d'un entretien d'ET au SZO.

## 1.6 Approche choisie dans le cadre du concept de soutien PDS

L'approche choisie dans le cadre du concept de soutien PDS de Promotion Santé Suisse est la *Mise en œuvre de pratiques de prévention par des multiplicateurs* ; de plus, dans le même cadre, les domaines prioritaires d'intervention (DPI) suivants [18] ont été attribués au projet :

**TABLEAU 2: DOMAINES PRIORITAIRES D'INTERVENTION DU PROJET**

<b>DPI 1</b>	Interfaces à l'intérieur du domaine des soins et entre le domaine des soins, la santé publique et la collectivité (« communauté ») : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Renforcement de la collaboration multidisciplinaire entre le personnel soignant et le secteur médico-thérapeutique au sein de l'hôpital et entre l'hôpital en général et les médecins/cardiologues installés dans le but d'améliorer la santé et la qualité de vie de la population atteinte d'IC.</li> </ul>
<b>DPI 2</b>	Collaboration, inter professionnalité, multi professionnalité : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pool de suivi pluridisciplinaire dédié au suivi de l'IC.</li> </ul>
<b>DPI 3</b>	Autogestion des maladies chroniques, des problèmes d'addiction et/ou des maladies psychiques :

<sup>13</sup> Certains projets ne génèrent pas d'effet direct sur les groupes cibles mais produisent des effets indirectement via des multiplicateurs ou intermédiaires. Dans les projets promouvant une activité physique suffisante et une alimentation équilibrée chez les enfants et adolescents, les multiplicateurs sont les sages-femmes, les consultantes en lactation, les médecins, les consultants familiaux/familiales, les enseignants, les responsables d'association, etc. [17]

- En adéquation avec sa situation de vie, trouver des solutions avec le patient afin qu'il soit en mesure d'autogérer de façon optimale son IC.

**DPI 4** Formation initiale, continue et post graduée des professionnels de la santé :

- Formation d'infirmières en éducation thérapeutique pour l'IC.

## 1.7 Stratégie nationale « Prévention des maladies non transmissibles »

Pour rappel, l'objectif de la Stratégie nationale « Prévention des MNT » est la suivante : « *Davantage de personnes restent en bonne santé ou bénéficient d'une qualité de vie élevée en dépit d'une maladie chronique. Moins de personnes souffrent de maladies non transmissibles évitables ou décèdent prématurément. Quel que soit leur statut socio-économique, les personnes sont encouragées à adopter un mode de vie sain dans un environnement propice à la santé* »<sup>14</sup>.

L'IC fait pleinement partie des MNT car il s'agit d'une maladie cardio-vasculaire chronique et le projet « ET et filière d'IC » entre parfaitement dans le cadre de la Stratégie nationale « Prévention des MNT » puisqu'il vise entre autres à diminuer le nombre de réhospitalisations précoces et à améliorer la qualité de vie des patients insuffisants cardiaques grâce à une éducation thérapeutique de qualité.

## 1.8 Ressources financières et en personnel à disposition

L'Hôpital du Valais a pris en charge les coûts d'une cardiologue et d'une interniste hospitalière pour un total de 40%, d'une partie des postes à 50% (CHVR) et 30% (SZO) d'infirmière d'IC créés pour l'occasion et a mis à disposition une cheffe de projet ainsi que ses services spécialisés en IT et data reporting. Le complément des postes d'infirmières d'IC et le poste de diététicienne à 20% sont financés par PSCH et par les recettes des prestations ambulatoires dispensées. Voici les détails par année ci-dessous :

### Ressources financières:

Compte du projet "Education thérapeutique et filière d'IC"

	2021	2022	Total 2021- 2022	2023 (estimation)	Total 2021- 2023
<b>Recettes et ressources propres</b>					
Promotion Santé Suisse	150 000 CHF	25 000 CHF	175 000 CHF	25 000 CHF	200 000 CHF
Ressources propres - Cheffe de projet (Gestion & coordination de projet)	30 000 CHF	30 000 CHF	60 000 CHF	30 000 CHF	90 000 CHF
Ressources propres - Médecins et infirmières	43 290 CHF	41 365 CHF	84 655 CHF	36 300 CHF	120 955 CHF
Ressources propres - Formation		22 000 CHF	22 000 CHF		22 000 CHF
Facturation de prestations	49 321 CHF	95 238 CHF	144 559 CHF	90 000 CHF	234 559 CHF
<b>Total recettes et ressources propres</b>	<b>272 611 CHF</b>	<b>213 603 CHF</b>	<b>486 214 CHF</b>	<b>181 300 CHF</b>	<b>667 514 CHF</b>
<b>Dépenses financement Promotion Santé Suisse (détails)</b>					
Ressources humaines (Infirmières et diététicienne)	42 815 CHF	42 961 CHF	85 776 CHF	66 025 CHF	151 801 CHF
Gestion /coordination du projet					0 CHF
Formation /formation continue	18 287 CHF		18 287 CHF		18 287 CHF
Evaluation					0 CHF
Traductions	427 CHF		427 CHF		427 CHF
Spécifiques au projet:					
Honoraires ASAP		3 000 CHF	3 000 CHF	10 000 CHF	13 000 CHF
TVA	7 650 CHF	1 275 CHF	8 925 CHF	1 275 CHF	10 200 CHF
Réserve			0 CHF	6 285 CHF	6 285 CHF
<b>Total dépenses financement Promotion Santé Suisse</b>	<b>69 179 CHF</b>	<b>47 236 CHF</b>	<b>116 415 CHF</b>	<b>83 585 CHF</b>	<b>200 000 CHF</b>

### Personnel à disposition:

HVS	CHVR	SZO
Cheffe de projet (0,2 EPT)	Cardiologue / Interniste (0,4 EPT)	Infirmière spécialisée IC (0,3 EPT)
	Infirmière spécialisée IC (0,5 EPT)	
	Diététicienne (0,2 EPT)	

## 2. Méthodologie et objets d'évaluation

L'évaluation repose sur un modèle d'impact (**voir Annexe I : Modèle d'impact**) fondé sur une chaîne d'effets directs et indirects résultant des mesures mises en œuvre dans le cadre d'un projet [17]. Ces

<sup>14</sup> [Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles \(admin.ch\)](#)

mesures doivent par exemple favoriser l'acquisition de connaissances ou des changements de comportement dans le groupe cible. Les mesures (M) mises en œuvre sont au nombre de 12 dont 11 ont été entièrement réalisées, à savoir :

### **M1 : Suivi médico-infirmier à 30 jours**

Le suivi médico-infirmier à 30 jours mis en œuvre permet une surveillance clinique régulière du patient jusqu'au relais avec le médecin référent: suivi de l'anamnèse, des constantes et du poids; clarification du diagnostic; identification de potentiels facteurs de réhospitalisation (liés aux comorbidités) et ajustement précoce du traitement médicamenteux si nécessaire.

Un formulaire médico-soignant IC ambulatoire spécifique a été créé dans le système d'information clinique et une hotline (infirmière d'IC joignable la journée) est mise en place pour le patient.

### **M2 : Equipe pluridisciplinaire dédiée**

Les sociétés savantes (ESC, AHA, HAS) recommandent de créer une équipe pluridisciplinaire afin d'assurer une prise en charge globale et coordonnée du patient: médecins (cardiologie, médecine interne), infirmières spécialisées, diététiciennes; physiothérapeute, soins palliatifs, gériatrie, psychiatrie, etc., si indiqué. Le cas échéant, cette équipe est en lien avec les institutions de réadaptation, le SECOSS et le CMS.

### **M3 : Education thérapeutique systématique**

L'éducation thérapeutique (co-évaluation et co-définition d'objectifs, entretien motivationnel, cours individuel ou en groupe, etc.) démarre durant l'hospitalisation et s'adapte ensuite à chaque patient durant la phase ambulatoire d'après son profil et sa situation de vie.

### **M4 : Questionnaire de la qualité de vie**

Un questionnaire de la qualité de vie a été créé: un premier est remis et si possible complété durant le suivi ambulatoire et un second est envoyé par poste à 6 mois après la sortie de l'hôpital.

### **M5 : Documentation spécifique pour le patient**

Une brochure des médicaments, une brochure de présentation du suivi et un carnet de suivi avec le soutien financier de Novartis ont été créés pour le patient (**Voir Annexe IV : Brochures et carnet de suivi à destination des patients**).

### **M6 : Cours collectifs**

2 cours collectifs ont été mis en place, à savoir le cours "Vivre avec l'IC" dispensé par la cardiologue responsable et l'infirmière d'IC ainsi que le cours "Manger de bon cœur" dispensé par une diététicienne. Les patients y sont conviés avec leur proches et il y a une excellente implication de leur part.

### **M7 : Formation du personnel en éducation thérapeutique**

- L'infirmière d'IC du CHVR a suivi le « CAS en éducation thérapeutique » de l'UNIGE
- 3 infirmières du CHVR (l'infirmière principale ainsi que ses suppléantes) ont suivi le cours "Protocole de coopération de l'IC" (AP-HP) à Paris.
- Du fait du retard pris avec la mise en œuvre du projet au SZO, la nouvelle infirmière d'IC du SZO n'a pas encore pu suivre de formation spécifique en matière d'ET ; par contre, elle poursuit actuellement en emploi un Master of Science in Nursing (MScN) « Pflegeentwicklung » de l'Université de Berne qui comprend des modules relatifs à l'ET.

### **M8 : Adaptation du traitement médicamenteux**

- Un suivi de la médication est inclus dans le formulaire IC hospitalier et le formulaire IC ambulatoire (respectivement dans la partie médicale des formulaires).
- Une adaptation précoce du traitement médicamenteux peut avoir lieu si nécessaire durant le suivi ambulatoire.

### **M9 : Questionnaire de satisfaction**

Un questionnaire de satisfaction est remis au patient lors du second rendez-vous de suivi ambulatoire par l'infirmière d'IC. Il peut soit être rempli en commun ou alors être rapporté à l'infirmière d'IC lors du 3ème rendez-vous de suivi.

## M10 : Procédure liée à la sortie du patient

- La préparation de la sortie du patient et de sa prise en charge post-hospitalisation (prise de rendez-vous à 6 semaines avec le médecin/cardiologue référent pour le suivi et organisation de la réadaptation si indiquée) a lieu dès sa stabilisation.
- Le formulaire IC hospitalier médico-infirmier dans le système d'information clinique inclue une checklist de sortie à destination de l'infirmière d'IC (préparation de la sortie du patient et de sa prise en charge post-hospitalisation).

## M11 : Renforcement du lien avec le médecin référent

- Un contact avec le médecin de famille et/ou le cardiologue référent a lieu durant l'hospitalisation et la phase de suivi ambulatoire.
- Un rapport de consultation de la part du cardiologue/médecin référent à destination de la cardiologue de la filière d'IC est demandé à 6 mois.

Il est à noter que cette mesure est malheureusement peu suivie par les cardiologues/médecins référents (3.3.5).

- De nouvelles lettres de sortie et post-suivi à destination du cardiologue / médecin référent du patient ont été créées.

## M12 : Suivi post-suivi ambulatoire

Un entretien téléphonique entre le patient et l'ASAP a lieu à 3 mois.

Le modèle d'impact du projet « Education thérapeutique et Filière d'insuffisance cardiaque » est complété par un tableau décrivant les objectifs à atteindre, les indicateurs et les sources de données y afférentes (voir Annexe II : Objectifs et indicateurs).

Une méthode mixte (quantitative et qualitative) a été choisie afin d'évaluer les effets du projet « Education thérapeutique et Filière d'insuffisance cardiaque » et de répondre aux questions d'évaluation proposées par Promotion Santé Suisse, voir le tableau ci-après :

**TABLEAU 3: MÉTHODES D'ÉVALUATION**

Education thérapeutique et filière d'insuffisance cardiaque

Méthodes d'évaluation

No	Méthode de la collecte des données / source de données	Objectif (s)	Description de l'échantillon	Méthode d'évaluation	Instruments de collecte des données	Délai	Méthodes de l'analyse des données
1	Questionnaire sur la qualité de vie KCCQ (2x)	Analyser l'évolution de la qualité de vie du patient entre le suivi ambulatoire et 6 mois plus tard	Tous les patients inclus dans le suivi ambulatoire	Quantitative	Enquête papier, remplissage avec infirmière ou à la maison	Dès le 12.04.2021  Q. No 1 : remise lors du suivi ambulatoire  Q. No 2 : envoyé au patient 6 mois après la sortie de l'hôpital	Analyse des résultats Questionnaire 1 et Questionnaire 2  Taux de patients avec une amélioration de la qualité de vie (à 6 mois vs pendant suivi ambulatoire)  Comparaison Q.1 et Q.2  Outils de reporting : base de données, PowerBI
2	Questionnaire de satisfaction des patients	Recueillir un feedback des patients sur leur satisfaction	Tous les patients inclus dans le suivi ambulatoire	Quantitative	Enquête papier, remplissage avec infirmière ou à la maison	Dès le 12.04.2021  Remise du Q. lors du suivi ambulatoire	Analyse des résultats :  Taux de satisfaction général; taux de satisfaction par section du questionnaire.  Commentaires libres des patients  Outils de reporting : base de données, PowerBI
3	Entretiens individuels	Recueillir un feedback direct des patients sur l'évolution de leur qualité de vie et l'efficacité de l'ET	Tous les patients inclus dans le suivi ambulatoire	Qualitative	Entretiens téléphoniques individuels en partenariat avec l'ASAP	Dès l'été 2021  3 mois après la sortie de l'hôpital	Analyse des résultats via une base de données créée pour l'occasion
4	Entretiens individuels	Recueillir un feedback des personnels impliqués dans la prise en charge et le suivi des patients IC	Cardiologues, médecins internistes, infirmières, d'IC, etc.	Qualitative	Entretiens individuels (Cheffe de projet)	Septembre-octobre 2022	Recueil des feedbacks et analyse des résultats
5	Analyse de données	Extraire les données 2019/2020 sur les patients IC et les comparer aux données 2021 et 2022 : durée de	Tous les patients avec diagnostic principal d'IC 2019-2022  Tous les patients IC inclus dans le suivi	Quantitative	Dossier informatisé du patient (système d'information clinique)	Début 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparaison médiane/moyenne de la durée de séjour 2019-2020 vs 2021-2022 (en cardiologie)</li> </ul>

	séjour, réhospitalisations, CMI-«Case Mix Index» (lourdeur des cas), DCMI-«Day Case Mix Index» (lourdeur des cas par jour d'hosp) et mortalité	ambulatoire (uniquement réhospitalisations, mortalité)				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparaison du taux de réhospitalisations 2019-2020 vs 2021-2022</li> <li>• Comparaison CMI/DCMI 2019-2020 vs 2021-2022</li> <li>• Comparaison du taux de mortalité 2019-2020 vs 2021-2022</li> </ul> <p>Outils de reporting: base de données et Power BI</p>
6	Analyse de données	Extraire des données spécifiques au suivi ambulatoire	Tous les patients inclus dans le suivi ambulatoire	Quantitative	Dossier informatisé du patient (système d'information clinique)	<p>Taux de patients IC inclus dans le suivi ambulatoire</p> <p>Taux de patients IC non inclus dans la filière et pour quelles raisons par rapport à la future valeur cible</p> <p>Taux d'adaptation du traitement médicamenteux (sortie hospitalisation vs traitement sortie suivi ambulatoire à 30 jours)</p> <p>Outils de reporting : base de données et Power BI</p>

Les acteurs mis à contribution pour l'évaluation sont multiples et détaillés en **Annexe III : Acteurs de l'évaluation**.

### 3. Résultats

Ce chapitre est divisé en quatre parties qui correspondent au modèle d'impact mentionné plus haut (2), soit :

- 3.1 Evaluation de la mise en œuvre du projet;
- 3.2 Evaluation du projet en termes d'outputs (prestations, produits, offres);
- 3.3 Evaluation du projet en termes d'outcomes multiplicateurs;
- 3.4 Evaluation du projet en termes d'outcomes sur les patients;
- 3.5 Evaluation du projet en termes d'impact

#### 3.1 Evaluation de la mise en œuvre du projet

##### 3.1.1 Effets de la pandémie de COVID-19 sur le projet

La pandémie de COVID-19 a empêché le recrutement de patients pour le groupe de réflexion initialement prévu sous la houlette de l'ASAP. En lieu et place, seuls quelques entretiens individuels avec des patients ont été menés par l'ASAP à des fins préparatoires mais avec malheureusement peu de feedbacks. Il est très probable qu'un groupe de réflexion aurait pu amener davantage de contributions des patients.

##### 3.1.2 Facteurs favorables au déploiement du projet

Le projet a pu bénéficier :

- Du soutien de la direction générale et des directions de centre (CHVR et SZO)
- D'une vision et d'objectifs clairs
- D'attentes réalistes
- D'une planification appropriée
- D'une équipe motivée, engagée, compétente et porteuse du concept
- D'une compréhension par l'équipe des bienfaits de la filière d'insuffisance cardiaque pour les patients
- De la participation élevée des patients (seulement 16 refus, 5 patients souhaitant être suivis par leur médecin traitant et 13 suivis partiels sur un total de 225 patients identifiés)
- D'un soutien précieux en matière de développement de la part du service IT et de data reporting, ce qui a permis de récolter les données nécessaires à cette évaluation.

##### 3.1.3 Obstacles rencontrés durant le projet et solutions trouvées

La partie de projet du CHVR a pu être mise en œuvre comme prévu en avril 2021. A contrario, la partie de projet du SZO dont la mise en œuvre était initialement prévue en automne 2021 a dû être suspendue à cause de l'opposition de certains médecins installés du Haut-Valais. Ces derniers craignaient semblerait-il une concurrence de la part de l'infirmière de l'hôpital et estimaient qu'ils effectuaient déjà le travail d'éducation thérapeutique avec leurs patients. Le projet a dès lors été mis en suspens par la

Direction du SZO. L'infirmière d'IC du SZO a par la suite démissionné et une nouvelle infirmière a dû être recrutée, ce qui a pris quelque temps.

L'envergure du projet au SZO a de ce fait dû être revue à la baisse. L'optique choisie a été de commencer d'abord par la mise en œuvre de l'ET systématique en chambre durant le séjour stationnaire dès début octobre 2022, ce qui est déjà un grand progrès puisqu'il n'existait rien avant. La Direction du SZO espère ainsi gagner petit à petit et prudemment la confiance des médecins de famille référents au cours des prochains mois et développer ainsi lentement la voie vers le secteur ambulatoire comme prévu. L'objectif de mettre en place à terme le suivi ambulatoire est resté le même.

### 3.2 Evaluation du projet en termes d'outputs (prestations)

Les mesures « M » (3) en lien avec les outputs sont indiquées entre parenthèses.

#### 3.2.1 Cardiologue /interniste hospitaliers

(M2: Equipe pluridisciplinaire dédiée, M8: Adaptation du traitement médicamenteux)

Le Cardiologue et l'Interniste hospitaliers ont pu bénéficier de la création d'un Tag IC permettant d'identifier le patient et de formulaires dédiés à l'IC (**voir Annexe V : Tag et formulaires IC dans le dossier patient informatisé**) partagés avec l'infirmière d'ET dans le dossier patient informatisé, respectivement pour la phase stationnaire et la phase ambulatoire, de la création d'une lettre-type de fin de suivi ambulatoire à destination du médecin de famille et du cardiologue référent, de la création du carnet de suivi qui fait le lien entre eux et le patient et de la création de questionnaires, respectivement de satisfaction et sur la Qualité de vie (QV) qui permettent d'avoir un feedback des patients sur leur prise en charge et ainsi que de contribuer à l'amélioration continue de leurs pratiques.

#### 3.2.2 Infirmière d'ET - hospitalisation et suivi ambulatoire

(M2: Equipe pluridisciplinaire dédiée, M3: Education thérapeutique systématique, M7: Formation du personnel en éducation thérapeutique, M10: Procédure liée à la sortie du patient)

L'infirmière d'ET a pu bénéficier de la création d'un Tag IC permettant d'identifier le patient, de formulaires dédiés à l'IC partagés avec la cardiologue ou l'interniste dans le dossier patient informatisé, respectivement pour la phase stationnaire (check-list de sortie spécifique) et la phase ambulatoire, de la création du carnet de suivi qui fait le lien entre elle et le patient et de la création de questionnaires, respectivement de satisfaction et sur la Qualité de vie (QV) qui permettent d'avoir un feedback des patients sur leur prise en charge et ainsi que de contribuer à l'amélioration continue de leurs pratiques

Elle a également pu prendre part avec succès en 2021 à la formation « CAS en éducation thérapeutique du patient »<sup>15</sup> dispensée par l'Université de Genève; en 2022, avec deux suppléantes, elle a de plus suivi une formation à l'AP-HP (Assistance publique Hôpitaux de Paris) dénommée « Protocole de coopération de l'insuffisance cardiaque »<sup>16</sup>;

#### 3.2.3 Patients

(M1: Suivi médico-infirmier à 30 jours, M3: Education thérapeutique systématique, M4: Questionnaire de la qualité de vie, M5: Documentation spécifique pour le patient, M6: Cours collectifs, M9: Questionnaire de satisfaction)

Les patients bénéficient désormais durant leur hospitalisation d'un entretien motivationnel et d'une préparation à la sortie ainsi qu'à la prise en charge post-hospitalisation avec fixation des rendez-vous de suivi à l'hôpital et du prochain rendez-vous chez le médecin/cardiologue référent à 6 semaines.

Ensuite, s'ils le souhaitent, après avoir signé deux documents de consentement, ils bénéficient d'une continuité de leur prise en charge jusqu'à 30 jours après leur sortie grâce à un programme de suivi ambulatoire de 3 consultations par un binôme médico-soignant accompagnés de 2 cours collectifs dont voici le contenu :

3 rendez-vous composés de respectivement :

- Un suivi infirmier par l'infirmière d'IC : ET personnalisée, prise de sang, ECG.

---

<sup>15</sup> [CAS - Éducation thérapeutique du patient - Centre pour la formation continue et à distance - UNIGE](#)

<sup>16</sup> [Les Formations Continues De L'ap-Hp - Catalogue 2023 \(calameo.com\)](#), p. 62

- Un suivi médical par la cardiologue de la filière IC : anamnèse, constantes, poids, analyses, comorbidités, médicaments, clarification du diagnostic, meilleure évaluation de l'IC avancée.

1000 consultations médicales ou d'ET par l'infirmière ont déjà eu lieu au total à fin 2022 (484 consultations médicales et 516 consultations d'ET par l'infirmière d'IC).

2 cours collectifs :

- Cours collectif sur l'IC « Vivre avec l'IC » donné par la cardiologue et l'infirmière : définition de la maladie, ses origines et de ses conséquences, reconnaissance des symptômes d'alerte, médicaments, qualité de vie, recommandations et conseils.
- Cours collectif sur le sel « Manger de bon cœur » donné par la diététicienne avec la possibilité de poursuivre un suivi diététique personnalisé optionnel

A la fin de l'année 2022, 169 patients avaient suivi le cours collectif sur l'IC et 117 patients le cours collectif sur le sel.

Certains patients sont malheureusement méfiants vis-à-vis du cours sur le sel, craignant qu'on leur demande de faire un régime et ne souhaitent pas y assister.

De plus, 13 patients ont effectué un suivi partiel et font la plupart du temps partie de ceux qui n'ont pas pu assister au cours sur le sel en question.

Les patients disposent également de brochures spécifiques relatives au programme de suivi, aux médicaments spécifiques au traitement de l'IC et d'un carnet de suivi (**Voir Annexe IV : Brochures et carnet de suivi à destination des patients**). Ce carnet de suivi permet non seulement de faire le lien entre eux et les professionnels durant le suivi mais également avec leur médecin et/ou cardiologue référent par la suite. Ils peuvent également librement appeler l'infirmière d'IC durant la journée en cas de questions. Le téléphone est peu utilisé par les patients car ils sont revus à intervalle court, il est en revanche très utilisé par les professionnels de santé (médecin, infirmière, CMS, etc.)

### 3.2.4 Discussion au sujet des outputs (prestations) mis en œuvre

Les différentes prestations ont pu être mises en œuvre comme prévu. Pour ce qui concerne les développements dans le dossier patient informatisé (formulaires IC, check-list infirmière, Tag IC), le soutien du service IT a été déterminant. Sans celui-ci, le papier aurait dû être utilisé, ne permettant pas un suivi interdisciplinaire optimal du patient (perte d'informations, redondances) et beaucoup moins de données cliniques concernant les patients auraient pu être récoltées.

### 3.2.5 Informations aux médecins installés

Plusieurs séances d'information aux médecins installés ont eu lieu soit en ligne durant la pandémie de COVID-19, soit en présentiel, soit via l'envoi de Newsletters<sup>17</sup> (**voir Annexe VI : Newsletter Juin 2021**) par notre service de communication.

### 3.2.6 Valorisation

La valorisation du projet a été permise grâce à la publication d'un article<sup>18</sup>, de Newsletters à destination de médecins installés (**3.2.5**), de notes internes<sup>19</sup> sur l'intranet ainsi que grâce à une page web sur le site internet de l'hôpital<sup>20</sup>.

<sup>17</sup> *Patients souffrant d'insuffisance cardiaque : prise en charge coordonnée intra et extra-hospitalière au CHVR*, juin 2021  
*Etat des lieux de la nouvelle filière de prise en charge des patients souffrant d'insuffisance cardiaque au CHVR*, décembre 2022

<sup>18</sup> Dr Michele Vivaldo, Dre Raluca Alexe, Dr Christophe Sierro, Dr Maxime Tapponnier, Dr Bojan Djokic et Dr Grégoire Girod, *Insuffisance cardiaque en 2021 : un tour d'horizon pour le généraliste*, *Rev Med Suisse*, 2021 ; 17 : 424-8

<sup>19</sup> *Filière Insuffisance cardiaque - phase pilote et financement de Promotion Santé Suisse*, 22.02.2021  
*Filière insuffisance cardiaque : démarrage de la phase pilote au CHVR*, 20.05.2021

*Etat des lieux de la nouvelle filière de prise en charge des patients souffrant d'insuffisance cardiaque au CHVR*, 19.12.2022

<sup>20</sup> [Filière insuffisance cardiaque - Hôpital du Valais \(hopitalduvalais.ch\)](http://hopitalduvalais.ch)

[Insuffisance cardiaque - Hôpital du Valais \(hopitalduvalais.ch\)](http://hopitalduvalais.ch)

[Filière de soins cœur fatigué - Hôpital du Valais \(hopitalduvalais.ch\)](http://hopitalduvalais.ch)

### 3.3 Evaluation du projet en termes d'outcomes multiplicateurs (effets immédiats)

#### 3.3.1 Multiplicateurs atteints et pratiques mises en œuvre

Le tableau ci-après illustre le nombre de multiplicateurs atteints et les pratiques mises en œuvre.

**TABLEAU 4 : MULTIPLICATEURS ET PRATIQUES MISES EN ŒUVRE**

Multiplicateurs	Nombre	Pratiques
<b>Infirmières du service de cardiologie</b>	5	Introduction à l'ET : film sur l'IC
<b>Infirmières spécialisées en IC</b> (une infirmière principale et 2 adjointes)	3	ET du patient et des proches: connaissances de la maladie et de ses symptômes, signaux d'alerte, autocontrôle, empowerment, adaptation du mode de vie
<b>Cardiologue / Interniste hospitalier de la consultation ambulatoire de suivi de l'IC</b>	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Contrôle signes de surcharge liquidienne, TA, fréquence cardiaque</li> <li>➤ Contrôle fonction rénale, Na (sodium), K (Potassium), NTproBNP (peptide cérébral natriurétique)</li> <li>➤ Recherche effets secondaires du traitement</li> <li>➤ Ajuster les doses de médicaments</li> </ul>
<b>Diététiciennes</b>	3	Cours sur les effets du sel sur la santé; adaptation du mode d'alimentation (exemples et méthodes)
<b>Physiothérapeutes</b>	8	Réadaptation à l'effort (CRR SUVA)
<b>Cardiologues / médecins de ville</b>	250	Suivi médical, poursuite de l'ET et encouragement à la poursuite de l'autocontrôle et de l'adaptation du mode de vie

#### 3.3.2 Effets sur les connaissances, attitudes et comportements des multiplicateurs

Le tableau ci-après illustre par multiplicateur les effets qui étaient attendus sur les connaissances, attitudes et comportements :

**TABLEAU 5: EFFETS ATTENDUS SUR LES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES MULTIPLICATEURS**

Multiplicateur	Connaissances	Attitudes	Comportements
Infirmières du service de cardiologie	Perfectionnement de l'entretien motivationnel		
Infirmières spécialisées en IC	Spécialisation et formation continue concernant l'ET et les conseils en matière d'IC, acquisition d'expérience	Prise en compte des inquiétudes et du ressenti du patient; patient partenaire  Prise en compte de la qualité de vie du patient  Implication personnelle et	Préparation précoce de la sortie et de la prise en charge post-hospitalisation (prise de rendez-vous pour le suivi et organisation de la réadaptation si indiquée) (Inf. IC)

				volonté d'améliorer continuellement la prise en charge
Internistes hospitaliers	Amélioration des connaissances concernant la médication spécifique à l'IC (guidelines du service de cardiologie)			
Cardiologue / Interniste hospitalier de la consultation ambulatoire de suivi de l'IC	Spécialisation concernant la pathologie d'IC et son évolution, acquisition d'expérience	Prise en compte des inquiétudes et du ressenti du patient; patient partenaire	Renforcement du lien avec le cardiologue référent et le médecin de famille	Prise en compte de la qualité de vie du patient Implication personnelle et volonté d'améliorer continuellement la prise en charge
Diététiciennes	Spécialisation concernant la pathologie d'IC en lien avec la diététique	Prise en compte des inquiétudes et du ressenti du patient, l'encourager à faire évoluer son mode d'alimentation	Proposer un suivi individuel en cas de besoin	Repérage des patients dénutris
Physiothérapeutes		Soutenir le patient IC dans sa réadaptation à l'effort		
Cardiologues / Médecins de ville		Encourager et accompagner le patient dans son changement d'habitudes de vie		

### 3.3.3 Effets sur les conditions-cadres

Le binôme médico-soignant fonctionne à merveille et est très investi dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques et noue un lien personnel avec eux. La formation de l'infirmière d'IC en ET lui permet de créer une relation de confiance avec le patient où l'écoute est mise en avant. La très haute satisfaction des patients à l'égard du programme de suivi le prouve (3.4.8).

### 3.3.4 Effets sur la collaboration inter- et/ou multidisciplinaire

La collaboration médico-soignante entre la cardiologue responsable et l'infirmière d'IC s'est développée harmonieusement dans le cadre du projet.

Quelques problèmes de communication et de coordination au niveau des interfaces entre respectivement les cardiologues hospitaliers et les infirmières de cardiologie et entre les cardiologues hospitaliers et les internistes hospitaliers (recrutement des patients IC dans le service de Médecine interne) ont été mis en avant lors de l'enquête auprès des collaborateurs (3.3.6).

Concernant la communication entre les cardiologues hospitaliers et les infirmières de cardiologie, la problématique signalée le fait que les infirmières de cardiologie, contrairement à l'infirmière d'ET, ne recevaient pas d'alerte dans le dossier patient informatisé lorsqu'un Tag IC était ajouté dans le dossier patient informatisé. Une alerte automatique a dès lors été créée pour elles afin de résoudre le problème.

Concernant le service de médecine interne, la problématique signalée concerne l'omission d'annonce de patients auprès de la cardiologie : le changement régulier d'internistes assistants a eu pour conséquence que le réflexe chez ceux-ci d'annoncer des patients IC n'est pas encore systématiquement présent. La thématique de la filière IC est désormais systématiquement abordée lors des colloques d'accueil des internistes assistants et des rappels ciblés ont été effectués. De plus, des guidelines concernant la prise en charge de l'IC à destination Internistes ont été fournis par la Cardiologie responsable de la consultation. La spécificité des patients IC et de leur médication est désormais mieux pris en compte dans le service de Médecine interne.

### 3.3.5 Effets sur les intersections à l'intérieur et/ou à l'extérieur des soins de santé

La continuité de la prise en charge des patients inclus dans le programme de suivi est assurée dès sa sortie de l'hôpital jusqu'à leur prochain rendez-vous avec leur cardiologue / médecin référent. Le carnet de suivi et le rapport post suivi ambulatoire servent de trait d'union avec le cardiologue / médecin référent.

Cependant, très peu de cardiologues ou médecins référents envoient au cardiologue de l'hôpital un rapport sur la situation du patient à posteriori du suivi ambulatoire hospitalier.

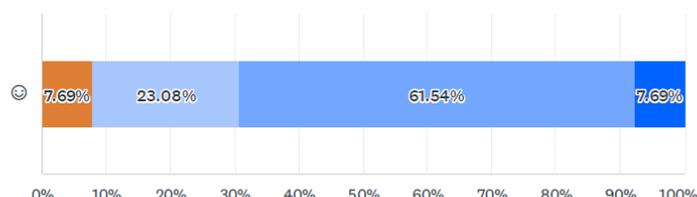
### 3.3.6 Evaluation par les collaborateurs et collaboratrices de la nouvelle filière d'insuffisance cardiaque

Entre septembre et octobre 2022, les collaborateurs et collaboratrices impliqués dans la prise en charge des patients IC ont répondu à une enquête interne (voir Annexe VII). Les résultats de celle-ci indiquent qu'une large majorité d'entre eux sont satisfaits, très satisfaits ou extrêmement satisfaits de la nouvelle filière de prise en charge des patients IC. Voici ci-dessous les résultats de quelques questions parmi les plus importantes.

**GRAPHIQUE 1 : EVALUATION PAR LES COLLABORATEURS DU FONCTIONNEMENT DE LA NOUVELLE FILIÈRE IC DANS SON ENSEMBLE**

Q3 Comment évaluez-vous le fonctionnement de la nouvelle filière IC dans son ensemble?

Réponses obtenues : 13 Question(s) ignorée(s) : 0



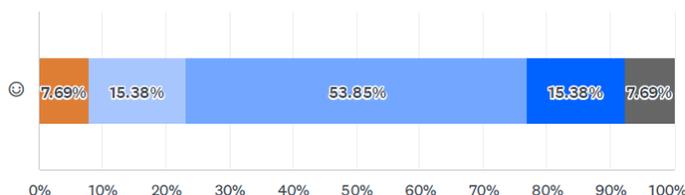
■ Pas du tout... 
 ■ Pas très sa... 
 ■ Satisfait-e 
 ■ Très satisfa... 
 ■ Extrêmeme... 
 ■ Ne me conc...

	PAS DU TOUT SATISFAIT-E (1)	PAS TRÈS SATISFAIT-E (2)	SATISFAIT-E (3)	TRÈS SATISFAIT-E (4)	EXTRÊMEMENT SATISFAIT-E (5)	NE ME CONCERNE PAS	TOTAL	MOYENNE PONDÉRÉE
😊	0.00% 0	7.69% 1	23.08% 3	61.54% 8	7.69% 1	0.00% 0	13	3.69

**GRAPHIQUE 2: EVALUATION PAR LES COLLABORATEURS DE LA NOUVELLE FILIÈRE IC EN TERMES DE COORDINATION INTERPROFESSIONNELLE**

Q5 Comment évaluez-vous la nouvelle filière IC en termes de coordination interprofessionnelle?

Réponses obtenues : 13 Question(s) ignorée(s) : 0

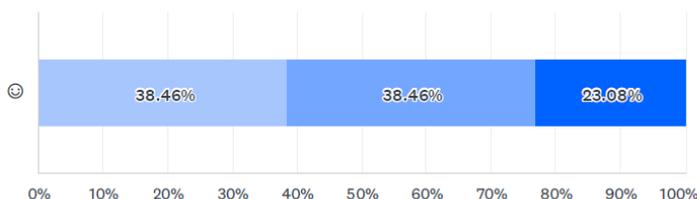


	PAS DU TOUT SATISFAIT-E (1)	PAS TRÈS SATISFAIT-E (2)	SATISFAIT-E (3)	TRÈS SATISFAIT-E (4)	EXTRÊMEMENT SATISFAIT-E (5)	NE ME CONCERNE PAS	TOTAL	MOYENNE PONDÉRÉE
☺	0.00%	7.69%	15.38%	53.85%	15.38%	7.69%	13	3.83
	0	1	2	7	2	1		

**GRAPHIQUE 3: EVALUATION PAR LES COLLABORATEURS DES PRESTATIONS PROPOSÉES AUX PATIENTS DANS LE CADRE DE LA FILIÈRE IC**

Q10 Comment évaluez-vous les prestations proposées aux patient-e-s dans le cadre de la filière IC (durant l'hospitalisation et le suivi ambulatoire)?

Réponses obtenues : 13 Question(s) ignorée(s) : 0



	PAS DU TOUT SATISFAIT-E (1)	PAS TRÈS SATISFAIT-E (2)	SATISFAIT-E (3)	TRÈS SATISFAIT-E (4)	EXTRÊMEMENT SATISFAIT-E (5)	NE ME CONCERNE PAS	TOTAL	MOYENNE PONDÉRÉE
☺	0.00%	0.00%	38.46%	38.46%	23.08%	0.00%	13	3.85
	0	0	5	5	3	0		

**3.4 Evaluation du projet en termes d'outcomes sur les patients**

Cette section décrit tout d'abord le nombre de patients atteints et leurs caractéristiques générales puis les éléments<sup>21</sup> suggérant des effets en regard de tous les objectifs fixés initialement dans le cadre du projet (1.2). Elle aborde également d'autres aspects tels que la DMS, l'orientation vers la réadaptation ainsi que les décès. Les objectifs « O » du projet sont rappelés entre parenthèses en lien avec chacun des effets cités.

**3.4.1 Patients pris en charge et proches accompagnants**

Du 12.04.2021 à fin décembre 2022, 244 patients (225 au CHVR et 19 au SZO) ont au minimum bénéficié d'un entretien d'éducation thérapeutique en chambre, dont 175 ont été intégrés dans le suivi ambulatoire

<sup>21</sup> NB: les données produites ne concernent que le CHVR

(parmi lesquels 4 patients ont été suivis 2 fois) ; cela représente 78% des patients identifiés. Nous avons observé en outre que 95% des patients venaient accompagnés par un proche aux consultations.

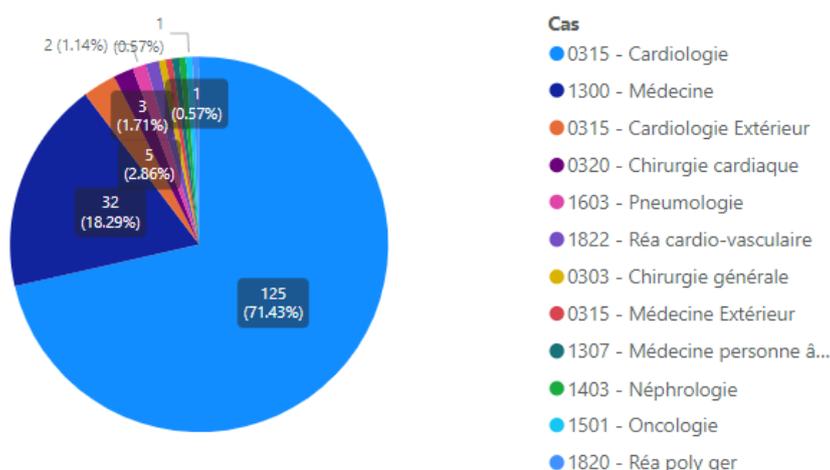
### 3.4.1.1 Provenance du patient (type de cas)

La majorité des patients (71.4%) sont des patients qui ont été au préalable hospitalisés dans le service de cardiologie ; le second plus important groupe de patients provient, quant à lui, du service de médecine interne (18.3%).

Depuis le milieu de l'année 2022, il y a de plus en plus de patients (3.43%) qui proviennent désormais de l'extérieur de l'hôpital et qui ont été orientés vers la consultation ambulatoire par leur cardiologue ou médecin traitant.

**GRAPHIQUE 4: NOMBRE DE PATIENTS PAR TYPE DE CAS**

Nb de patients par type de cas



### 3.4.1.2 Age et sexe des patients inclus dans le programme de suivi

Les patients sont majoritairement des patients âgés : 78,62% des patients ont 60 ans et + et 54,92% des patients ont 70 ans et +. 20% seulement ont entre 30 et 59 ans.

Cela correspond à ce qui était attendu. En effet, l'IC chronique est plutôt une maladie de la personne âgée (en Suisse, 80% des personnes touchées ont plus de 65 ans<sup>22</sup>).

La majorité des patients (70.8%) est de sexe masculin, ce qui ne correspond pas à ce qui était attendu. Il était plutôt attendu une répartition égale entre les sexes<sup>23</sup>. Cependant, cette répartition se rapproche de la répartition des sexes observée lors d'hospitalisations pour maladies cardio-vasculaires en Suisse en 2022 qui est de 41% pour les femmes et de 59% pour les hommes.<sup>24</sup> Il est probable que les femmes restent sous-diagnostiquées comme c'est le cas pour les maladies cardio-vasculaires en général<sup>25</sup>.

La répartition entre sexe masculin et féminin des patients qui n'ont pour diverses raisons pas été inclus dans le suivi est similaire.

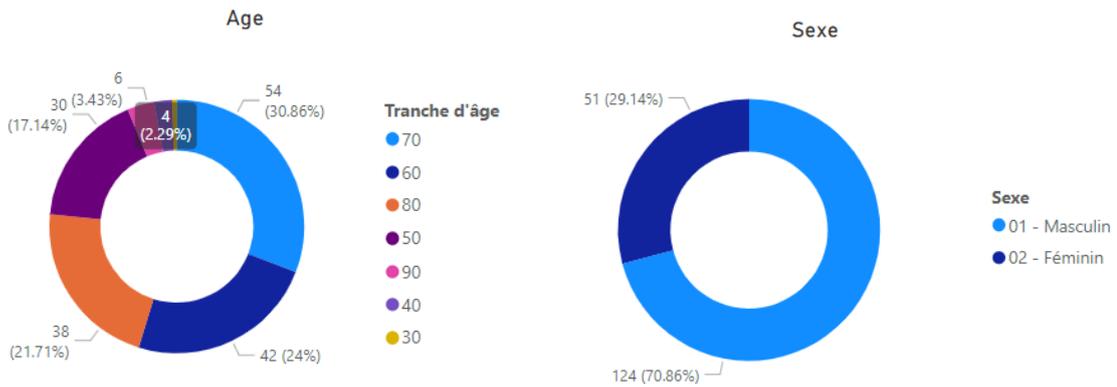
<sup>22</sup> Dr Michele Vivaldo, Dre Raluca Alexe, Dr Christophe Sierro, Dr Maxime Tapponnier, Dr Bojan Djokic et Dr Grégoire Girod, *Insuffisance cardiaque en 2021 : un tour d'horizon pour le généraliste*, Rev Med Suisse, 2021 ; 17 : 424-8, d'après des données de la Fondation suisse de cardiologie

<sup>23</sup> « L'insuffisance cardiaque concerne la femme dans plus de 50 % des cas et souvent des femmes âgées. Elles souffrent surtout de cardiopathie hypertensive ou valvulaire sans oublier les problèmes spécifiques liés à la grossesse. La survie globale est néanmoins meilleure chez la femme avec un rôle possiblement cardioprotecteur des œstrogènes. Les recommandations thérapeutiques sont constituées de preuves nettement moins robustes pour leur application chez la femme ». Jullière Y., *Insuffisance cardiaque et sexe féminin*, Bulletin de l'Académie nationale de médecine, Volume 200, Issue 7, 2016

<sup>24</sup> [Décès et personnes hospitalisées pour maladies cardiovasculaires - 2002-2020 | Diagramme | Office fédéral de la statistique \(admin.ch\)](#)

<sup>25</sup> *Femmes: ces cœurs qui tuent : Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès des femmes dans les pays occidentaux, par pure ignorance*, Journal Le Temps, Yann Bernardinelli, 2022

**GRAPHIQUE 5: AGE ET SEXE DES PATIENTS INCLUS DANS LE PROGRAMME DE SUIVI**

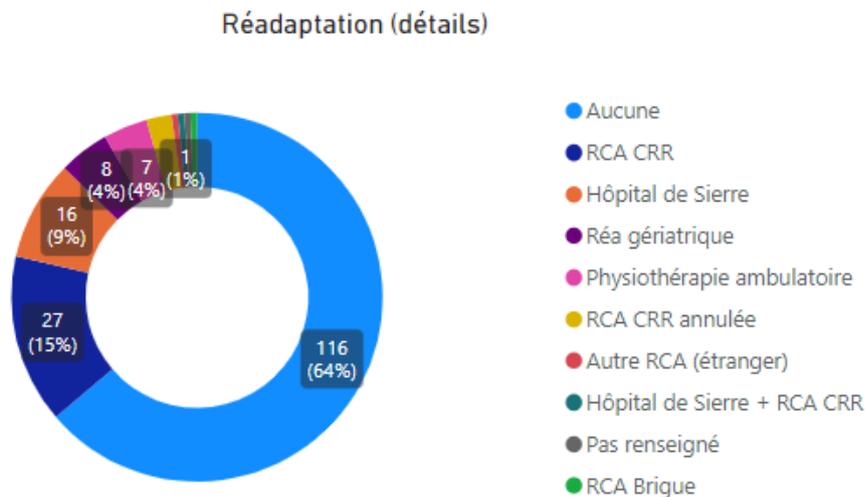


### 3.4.2 Réadaptation ambulatoire et stationnaire

Après leur sortie de l'hôpital, en parallèle du suivi ambulatoire hospitalier, il est important de souligner que 15% des patients (27 à fin 2022) poursuivent une réadaptation cardio-vasculaire ambulatoire (3 demi-journées par semaine durant 10 semaines) à la CRR. Ces patients bénéficient donc d'un réentraînement à l'effort adapté permettant d'améliorer leur condition cardio-vasculaire et potentiellement dès lors leur état général. De plus, dans le cadre de ce programme de réadaptation ambulatoire, des modules de cours spécifiques à destination des patients insuffisants cardiaques ont été développés par la CRR.

9% des patients (16) sont directement admis en réadaptation stationnaire à l'hôpital de Sierre et 4% (8) en réadaptation gériatrique à l'hôpital de Martigny. Ils intègrent dès lors le programme de suivi ambulatoire hospitalier après leur séjour de réadaptation stationnaire (durée de 3 semaines).

**GRAPHIQUE 6: RÉADAPTATION APRÈS LE SÉJOUR HOSPITALIER**



### 3.4.3 Education thérapeutique de qualité (O4 : Assurer une éducation thérapeutique de qualité)

Une représentante de l'ASAP a assisté aux 2 cours proposés aux patients et a donné un feedback extrêmement positif à leur égard :

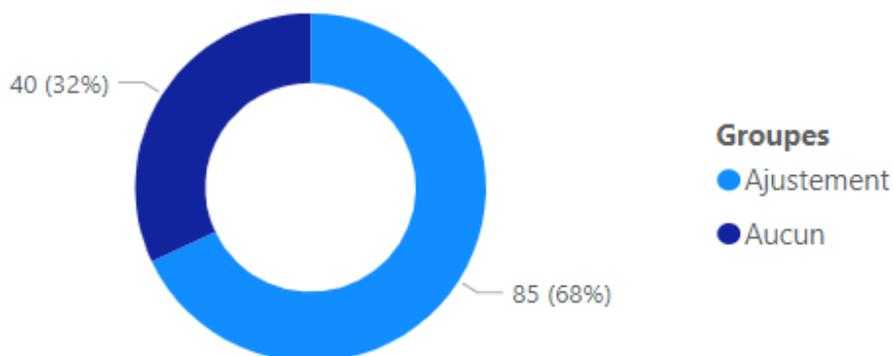
- Cours « Manger avec bon cœur » donné par la diététicienne: la représentante de l'ASAP a trouvé la diététicienne excellente : elle n'était ni normative ni directive. Elle a recommandé de repérer les personnes qui auraient le plus besoin d'un entretien individuel d'après leur comportement et leurs questions durant le cours et de leur en proposer un.
- Cours « Vivre avec l'IC » donné par la cardiologue et l'infirmière d'IC: la représentante de l'ASAP a trouvé le cours très informatif, elle a insisté sur le fait que les patients doivent vraiment se sentir libres de parler s'ils ont des problèmes avec l'un ou l'autre médicament.

### 3.4.4 Optimisation du traitement médicamenteux (O5 : Optimiser le traitement médicamenteux)

Comme vous pourrez le constater dans le graphique ci-après, une modification du traitement médicamenteux a eu lieu pour 68% des 125 patients inclus dans le suivi pour lesquels nous disposons de données concernant la médication. Faute d'extraction permettant une exploitation efficace des données de la médication, vu leur complexité, nous ne sommes hélas pas en mesure d'indiquer la nature de ces modifications. Cependant, le fait qu'il y ait de nombreux ajustements démontre l'utilité d'un suivi précoce après la sortie de l'hospitalisation.

**GRAPHIQUE 7: AJUSTEMENT DE POSOLOGIE MÉDICAMENTEUSE ET NOMBRE DE CHANGEMENTS PAR PATIENT**

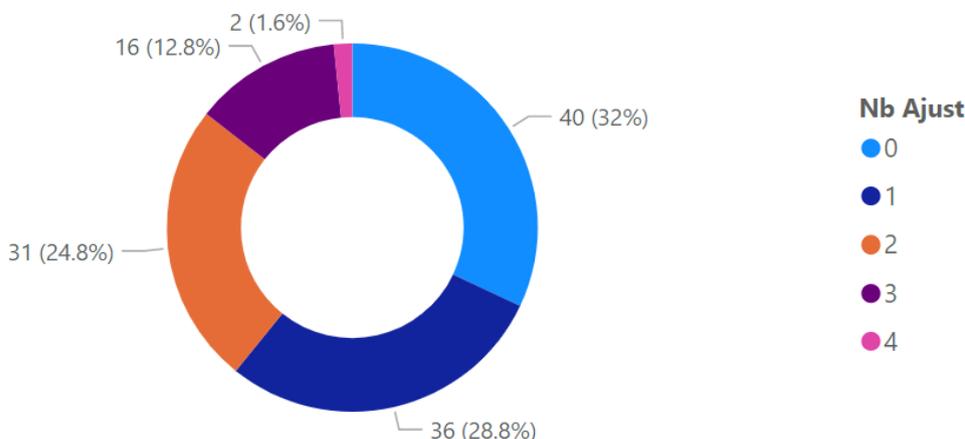
#### Ajustement de posologie médicamenteuse (par patient)



Le nombre de changement(s) de posologie, quant à lui, est de 1 à 2 pour 53.6% des patients et de 3 à 4 pour 14.4% d'entre eux.

**GRAPHIQUE 8: NOMBRE DE CHANGEMENTS DE POSOLOGIE PAR PATIENT**

#### Nombre de changements par patient

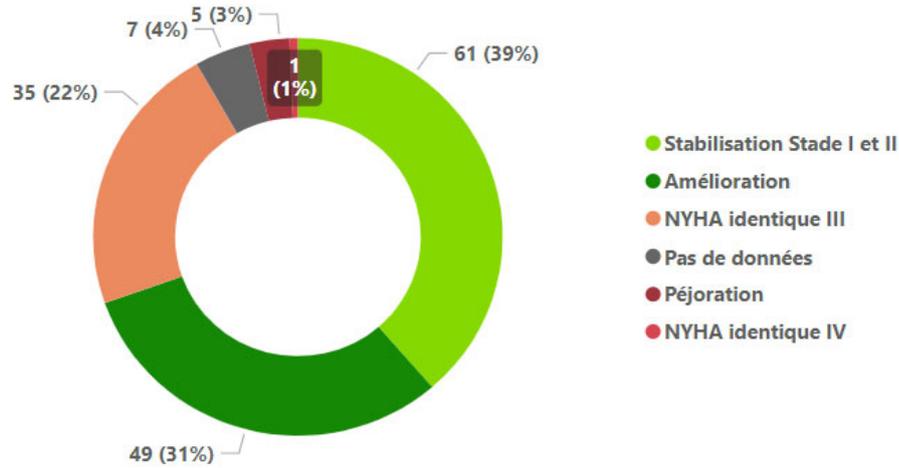


### 3.4.5 Evolution du stade NYHA des patients

Il est également intéressant d'observer à cet égard l'évolution du stade NYHA<sup>26</sup> (**Tableau 6**) entre la sortie de l'hôpital et la fin du suivi ambulatoire ; il y a une amélioration des symptômes chez 31% des patients et une stabilisation des symptômes au stade I ou II (aucuns symptômes ou symptômes légers) chez 39% des patients, ce qui représente en tout 70% des patients. Cela démontre l'utilité d'une adaptation précoce de la posologie médicamenteuse ainsi que d'un début d'adaptation du mode de vie (en particulier du point de vue alimentaire) grâce à l'ET. Un stade NYHA moins élevé a pour conséquence également de réduire le risque de réhospitalisations précoces.

<sup>26</sup> Martin Dolgin, *Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels / the Criteria Committee of the New York Heart Association*, Boston, Little, Brown & Co, 1994, 334 p., p. 253-256

**GRAPHIQUE 9: EVOLUTION DU STADE NYHA DURANT LE PROGRAMME DE SUIVI DE L'IC**



**TABLEAU 6: CLASSE FONCTIONNELLE DE LA NYHA**

Classe	Symptômes
I	Maladie cardiaque présente, mais aucun symptôme et aucune limitation dans les activités physiques de la vie courante (marche, escaliers, etc.)
II	Symptômes légers (dyspnée légère et/ou angor) et légères limitations lors d'activités de la vie quotidienne.
III	Limitations marquées dans les activités de la vie quotidienne en raison des symptômes (ex: difficulté à marcher sur de courtes distances [20-100m]). Le patient se dit confortable seulement au repos.
IV	Limitations sévères et symptomatologie présente même au repos. Le patient est généralement confiné au lit.

### 3.4.6 Décès

Nous ne disposons pas pour le moment de suffisamment de données permettant de déduire une tendance significative en matière de mortalité. Pour ce faire, il faudra attendre plusieurs années afin de disposer de davantage de données.

Cependant, le tableau suivant semble indiquer que par rapport à 2019, en 2021<sup>27</sup>, moins de patients (3,3% contre 5,4%) avec un diagnostic principal d'IC meurent lors d'une réhospitalisation dans les 12 mois qui suivent une première hospitalisation.

<sup>27</sup> L'année 2021 est l'année la plus récente pour laquelle nous disposons de donnée jusqu'à 360 jours après la 1<sup>ère</sup> hospitalisation pour tous les nouveaux patients de l'année

**TABEAU 7: DÉLAI ENTRE LA PREMIÈRE HOSPITALISATION ET LE DÉCÈS (% NOUVEAUX PATIENTS DE L'ANNÉE)**

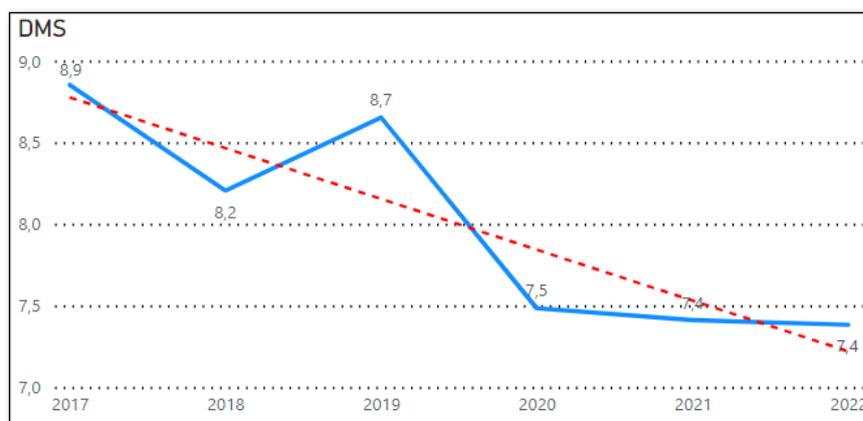
Délai 1er mvt-décès	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Commentaires 2022
a. 1-30 jours	1,8%	1,2%	2,1%	4,4%	1,6%	0,0%	
b. 31-90 jours	2,8%	0,9%	0,4%	1,3%	0,8%	1,8%	incomplet
c. 91-180 jours (3-6 mois)	2,6%	1,2%	1,4%	1,8%	0,0%	0,0%	incomplet
d. 181-360 jours (6-12 mois)	2,3%	1,5%	1,4%	0,9%	0,8%	0,4%	incomplet
<b>Total 1-360 jours</b>	<b>9,46%</b>	<b>4,91%</b>	<b>5,36%</b>	<b>8,37%</b>	<b>3,27%</b>	<b>2,19%</b>	<b>incomplet</b>
e. 361-540 jours (12-18 mois)	2,3%	2,1%	1,4%	1,3%	0,8%	indisponible	
f. 541-720 jours (18 mois-2 ans)	1,8%	2,1%	0,7%	0,0%	indisponible	indisponible	
g. 721-1080 jours (2-3 ans)	2,0%	2,5%	1,1%	0,4%	indisponible	indisponible	
h. 1081-1440 jours (3-4 ans)	1,0%	1,2%	1,1%	indisponible	indisponible	indisponible	
i. 1441 et + (4 ans et +)	1,0%	0,6%	indisponible	indisponible	indisponible	indisponible	
<b>Total</b>	<b>17,65%</b>	<b>13,50%</b>	<b>9,64%</b>	<b>10,13%</b>	<b>4,08%</b>	<b>2,19%</b>	

A ce jour, 6 patients ayant participé au programme de suivi sont décédés (3 admis en 2021 et 3 admis en 2022) dont 1 à l'extérieur de l'HVS.

### 3.4.7 DMS (durée moyenne de séjour)

Nous ne disposons pas pour le moment de suffisamment de données permettant de déduire une tendance significative en matière de DMS. La nouvelle prise en charge axée, rappelons-le, davantage sur l'ambulatoire ne semble pour le moment pas avoir eu d'impact significatif sur la durée moyenne des séjours hospitaliers pour IC tous services confondus. Cependant, concernant les séjours pour IC dans le service de Cardiologie (patients qui sont ceux majoritairement inclus dans le programme de suivi ambulatoire), la DMS semble être en diminution de 15%, ayant passé de 8.7 jours en 2019 (année de référence) à 7,4 jours en moyenne à fin 2022, ce qui pourrait démontrer les effets bénéfiques de l'ET et de l'investissement auprès des patients du pool d'IC durant l'hospitalisation. Il sera intéressant d'observer l'évolution de cet indicateur dans les années à venir afin de voir si cette tendance se confirme.

**GRAPHIQUE 10: EVOLUTION DE LA DMS DANS LE SERVICE DE CARDIOLOGIE**



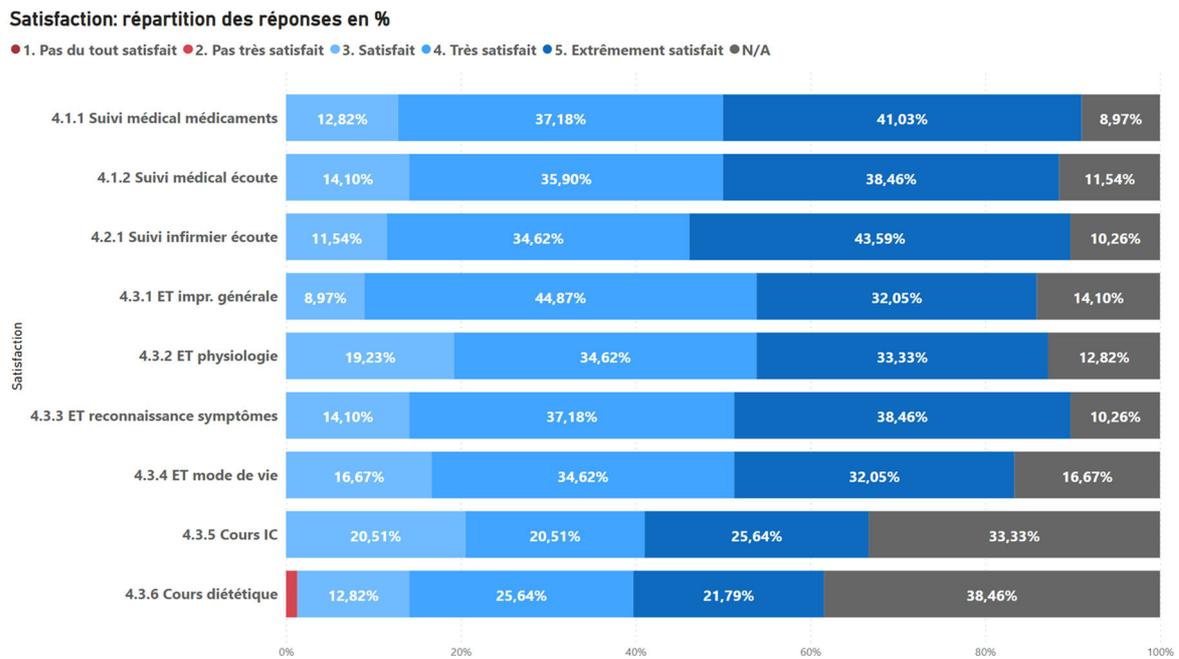
### 3.4.8 Optimisation de la satisfaction des patients

(O6 : Optimiser la satisfaction du patient)

Plus de 80% des patients ayant répondu au questionnaire sont satisfaits, très satisfaits ou extrêmement satisfaits de la prise en charge ambulatoire ; 76 patients y ont répondu, soit 45.6% des patients à fin 2022 (voir Annexes VIII et IX : Questionnaire de satisfaction et questionnaire de satisfaction : commentaires libres des patients).

Les patients sont particulièrement satisfaits du suivi médical en ce qui concerne les médicaments (91,03%), de l'ET en lien avec la reconnaissance des symptômes d'alerte (89,76%), de l'écoute lors du suivi infirmier (89,75%) et de l'écoute lors du suivi médical (88,46%).

**GRAPHIQUE 1 1 : SATISFACTION : RÉPARTITION DES RÉPONSES EN %**



**3.4.9 Effets sur les connaissances, attitudes et comportements des patients**  
(O3 : Meilleure gestion de la maladie par le patient)

Le tableau ci-après illustre les effets du projet qui étaient attendus sur les connaissances, attitudes et comportements des patients.

**TABLEAU 8: EFFETS ATTENDUS SUR LES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES PATIENTS**

Multiplicateur	Connaissances	Attitudes	Comportements
Patients	<p>Symptômes d'alerte permettant une réaction rapide et autogestion de la maladie</p> <p>Principaux facteurs de risque</p>	<p>Prise de conscience au sujet de la maladie et implication dans la prise en charge, empowerment</p> <p>Motivation à adapter son mode de vie</p> <p>Instauration de la confiance vis-à-vis des interlocuteurs du suivi</p> <p>Utilisation régulière du carnet de suivi: surveillances personnelles (autocontrôle) et présentation du carnet au médecin et/ou cardiologue référent</p>	<p>Débuter un changement d'habitudes de vie (faire attention aux symptômes d'alerte au quotidien, modifier ses habitudes alimentaires, adapter son activité physique)</p> <p>Utiliser le carnet de suivi de sa maladie</p> <p>Observer son traitement médicamenteux (le cardiologue l'adaptera durant le suivi si nécessaire)</p> <p>S'exprimer sur ce qu'il ressent et poser toutes ses questions (également via la hotline de l'infirmière)</p> <p>Patient ambassadeur du suivi ambulatoire hospitalier de la filière d'insuffisance cardiaque</p>

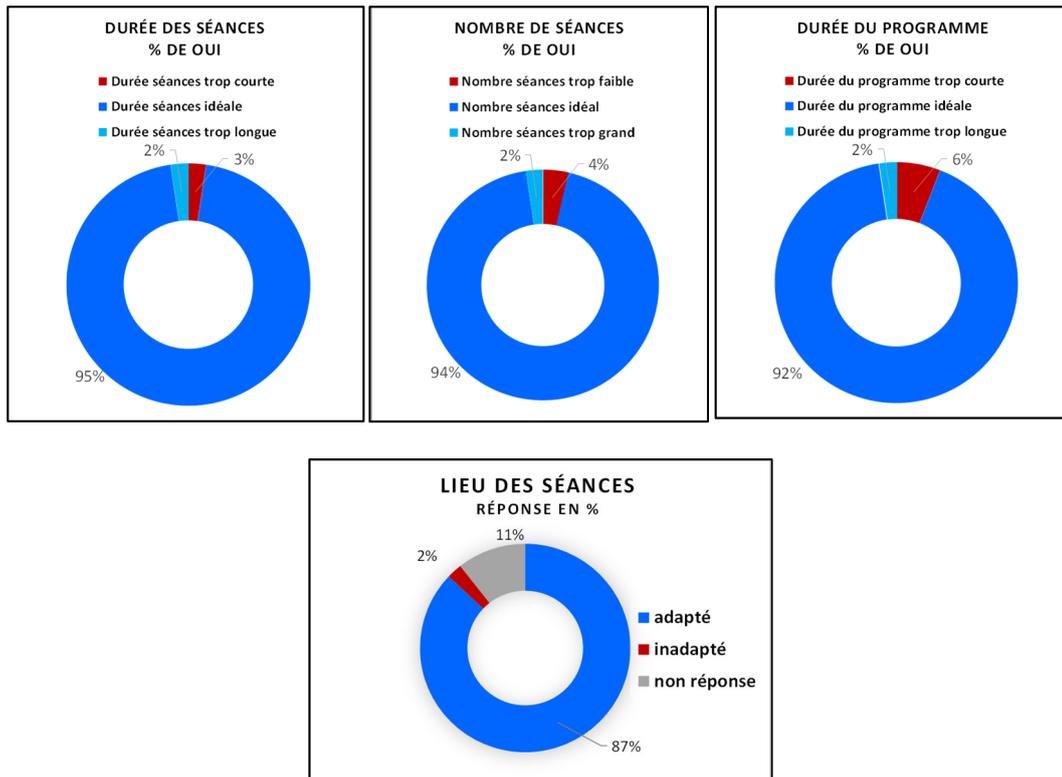
### 3.4.9.1 Entretien individuel avec l'ASAP à 3 mois

L'ASAP a réalisé 85 entretiens téléphoniques individuels (voir Annexe XI : Questionnaire Association Savoir Patient) entre novembre 2021 et janvier 2023, soit avec environ 50% des patients inclus dans le programme de suivi jusqu'à fin 2022. 32 patients n'étaient pas joignables et 11 entretiens n'ont pas pu être réalisés (refus, décès, problème de langue, etc.). Le questionnaire était divisé en 6 types de questions. 5 d'entre eux sont abordés ci-après et le 6<sup>ème</sup> concernant la qualité de vie sera abordé au point 3.5.1.2.

#### I. Programme de suivi : durée et lieu

Une vaste majorité de patients jugent la durée du programme et ses modalités idéales ou adéquates.

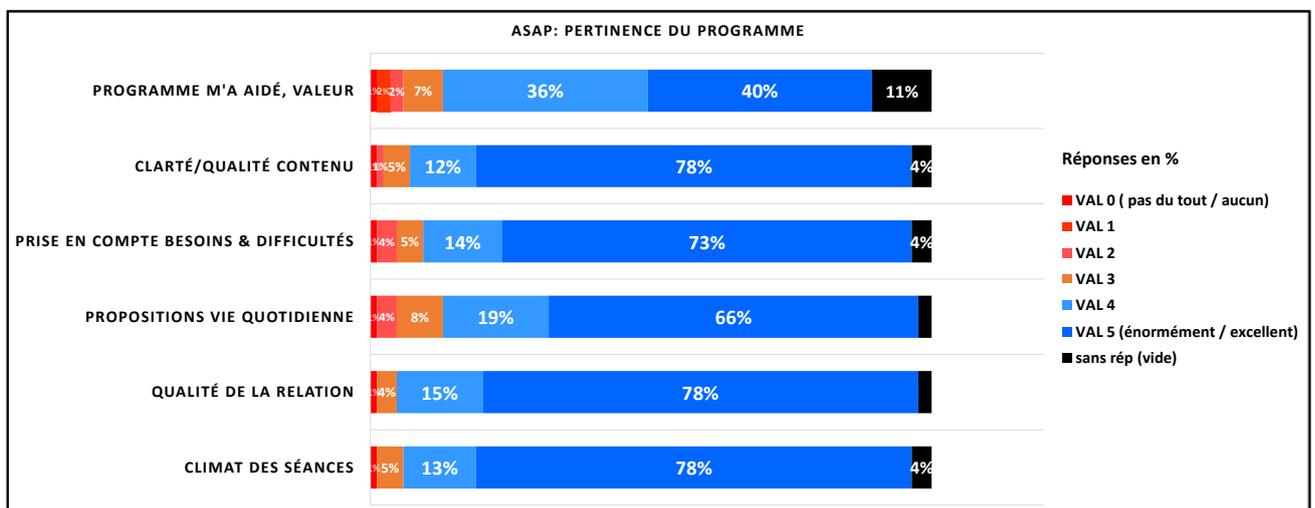
**GRAPHIQUE 12: EVALUATION DE LA DURÉE ET DU LIEU DU PROGRAMME DE SUIVI**



#### II. Programme de suivi : pertinence et bénéfices

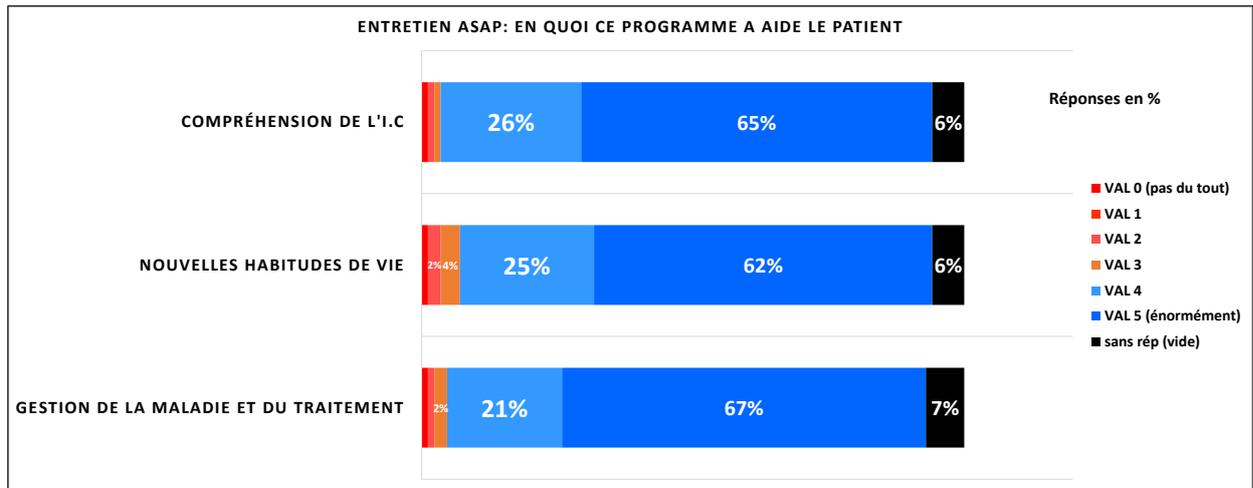
La pertinence du programme (aide, clarté et qualité, prise en compte des besoins et difficultés, propositions pour la vie quotidienne, qualité de la relation, climat des séances) est jugée très positivement.

**GRAPHIQUE 13: PERTINENCE DU PROGRAMME DE SUIVI**



La majorité (+ de 85%) des patients interrogés estiment que le programme les a grandement aidés à comprendre l'IC, à mettre en place de nouvelles habitudes de vie et à mieux gérer leur maladie et leur traitement.

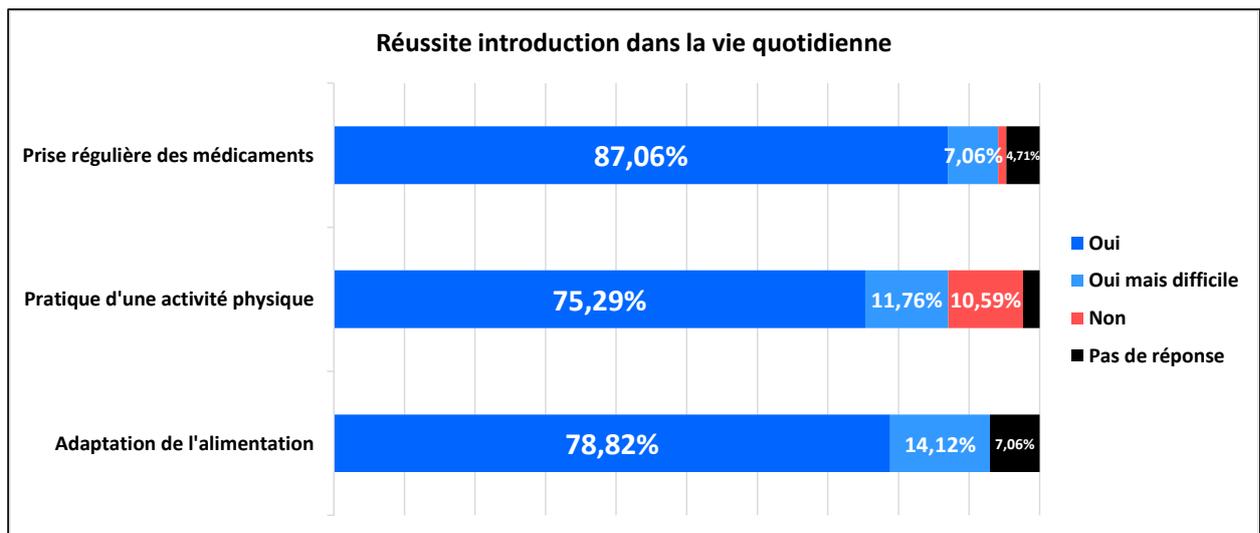
**GRAPHIQUE 14: EN QUOI LE PROGRAMME A AIDÉ LE PATIENT**



### III. Introduction de changements dans la vie quotidienne

Une majorité de patients indique avoir introduit sans difficultés une prise régulière de leurs médicaments (87%), la pratique d'une activité physique (75.3%) et une adaptation de leur alimentation (78.8%) dans leur vie quotidienne.

**GRAPHIQUE 15: RÉUSSITE DE L'INTRODUCTION DE CHANGEMENTS DANS LA VIE QUOTIDIENNE**

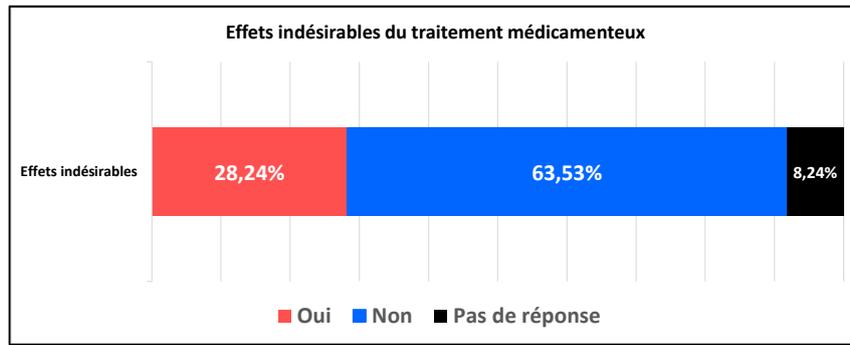


Concernant l'alimentation, d'après notre questionnaire distribué en début du cours collectif « Manger de bon cœur » concernant les connaissances préalables des patients sur les effets du sel, il est intéressant de constater qu'environ 25% des patients ont des connaissances très lacunaires, lacunaires ou moyennes des maladies favorisées par la consommation excessive de sel et au sujet des aliments qui sont riches en sel ; en outre, 15% d'entre eux estiment qu'il n'y a pas ou peu de lien entre consommation de sel et IC (**voir Annexe XII : Résultats questionnaire Patients cours « Manger de bon cœur »**). Le cours sur le sel, qu'il soit une introduction ou un rappel pour le patient, a dès lors toute sa place dans le programme de suivi ambulatoire.

### IV. Effets indésirables du traitement

A 3 mois après la sortie de l'hôpital, 54 patients, soit 63.53% des patients interrogés par l'ASAP ne constatent aucun effet secondaire de leur traitement. Une part importante (24 patients, soit 28.24% des patients interrogés) constate cependant des effets indésirables de leur traitement qui sont mentionnés dans le tableau 9.

**GRAPHIQUE 16: EFFETS INDÉSIRABLES DU TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX**



**TABLEAU 9: MENTION DES EFFETS INDÉSIRABLES PAR LES PATIENTS**

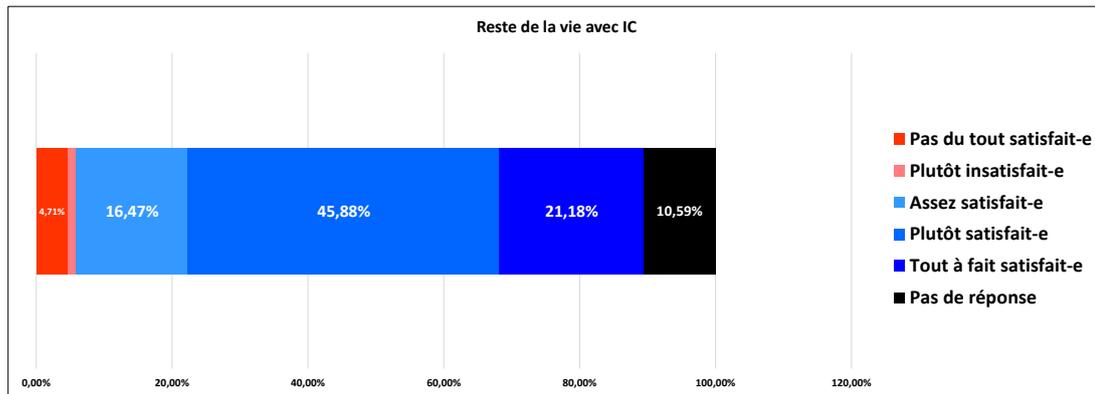
Attention, certains patients ont mentionné plusieurs effets indésirables

	Troubles de l'érection	Troubles intestinaux	Vertiges	Fatigue	Brûlures / rougeurs	TOTAL
Effets indésirables	1	3	9	4	2	19

**V. Moral vis-à-vis de la maladie**

Il est à relever que 83.53% des patients interrogés sont satisfaits à l'idée de passer le reste de leur vie avec la maladie. Sans pouvoir démontrer objectivement un effet direct de causalité, cela semble indiquer qu'ils sont relativement à l'aise avec leur maladie, ce qui nous l'espérons pourrait découler des entretiens d'ET avec l'infirmière qui ont justement pour but une meilleure gestion de la maladie par le patient et son empowerment.

**GRAPHIQUE 17: PASSER LE RESTE DE SA VIE AVEC UNE IC (MORAL ET SENTIMENTS VIS-À-VIS DE LA MALADIE)**



**VI. Suggestions : sélection de commentaires de patients**

**Quelques propositions et commentaires des patient-e-s concernant le programme de suivi :**

- La majorité des personnes trouvent le programme très bien. Il leur a convenu et le trouve le programme bien fait.
- Apprécie de noter l'évolution dans son carnet de suivi. ( poids tension)
- Faire quelque chose pour les personnes malentendantes par exemple proposer un casque d'écoute
- Aurait aimé plus d'explications avant de sortir de l'hôpital et qu'on lui demande si elle a des questions.
- Le programme est très bien. Elle personnellement ne peut en retirer tous les bénéfices car elle vit avec plusieurs maladies et ~~ttt~~ cumulés
- A remarqué que certaines personnes présentes avaient de la peine à accepter et à réaliser ce qui leur arrive. Certaines étaient affectées moralement. Ce patient propose d'ajouter une séance pour en parler.
- « Les personnes concernées par l'IC devrait réapprendre à cuisiner » et apprendre à lire les étiquettes , souhaite encore plus de clarté et d'information diététique.
- Tout ok, intervenants super. Concernant programme de la SUVA : cette personne pense qu'il est intensif pour une personne qui n'a jamais fait de sport avant.
- Suggestion : prendre plus de temps pour expliquer aux patients qui sont plus âgés. Cette personne ne se souvient pas de tout ce qu'on lui a dit. Propose de bien informer le patient comment et pourquoi il doit prendre tous ces médicaments et l'encourager à en parler avec son médecin lors du suivi.
- Il faut tenir compte des autres maladies dont peut souffrir un patient en IC, comme le diabète par ex. Cela empêche la marche mais permet le vélo par ex. Il faut adapter le programme après avoir écouté le patient.
- Bon programme. Rien à changer. Bien écouter les personnes plus âgées dont le ressenti de l'effort est différent.
- Aurait aimé plus d'explications en relation avec l'insuffisance cardiaque et sa suite. Le programme est beaucoup basé sur les infarctus
- A trouvé bien. A pu poser plein de questions. Intervenants très professionnels avec beaucoup d'empathie.
- A été content d'apprendre qu'on peut faire tout ce sport avec une IC.

### 3.4.10 Facteurs de succès

Les facteurs favorisant l'obtention des effets visés sont les suivants :

- Implication des patients dans leur suivi et leur traitement via le carnet de suivi de leur prise en charge
- Implication des proches qui consiste à motiver et à soutenir le patient
- Excellente documentation, clarté et qualité du contenu
- Envergure du projet adéquate : la période de la prise en charge de 30 jours est située à la sortie du séjour hospitalier, période qui est à haut risque de réhospitalisation. La lacune de prise en charge post-hospitalisation a été levée ; le patient ne rentre plus à la maison comme auparavant sans avoir un minimum de connaissances concernant sa maladie, sa médication et les symptômes d'alerte. Il a également désormais connaissance des bénéfices qu'il aurait à amorcer des changements en lien avec son mode de vie et son alimentation.

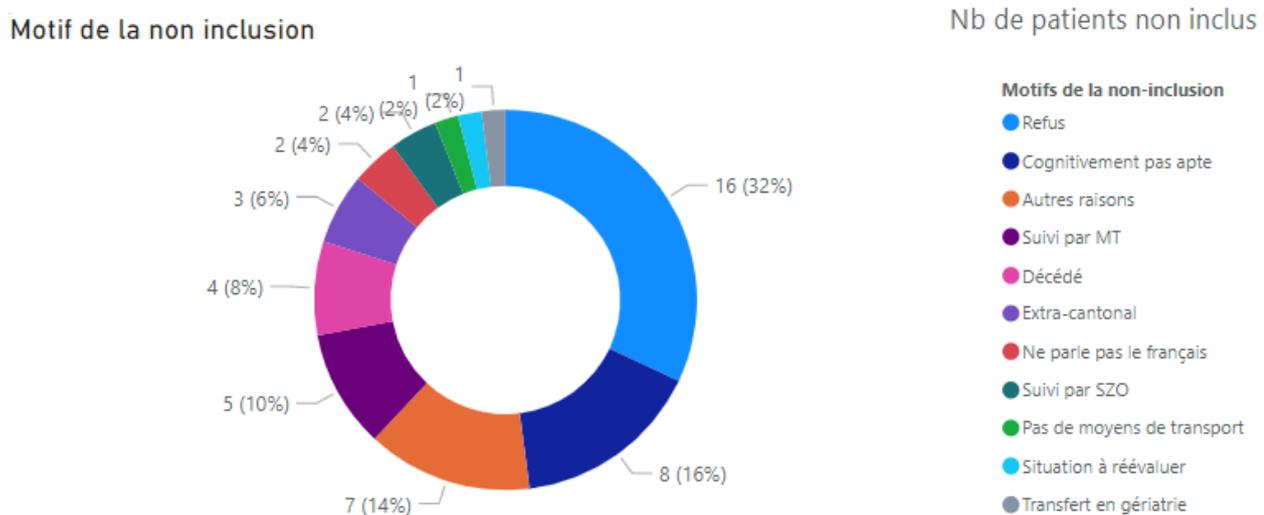
### 3.4.11 Obstacles et solutions trouvées

Les facteurs entravant l'obtention des effets visés sont les suivants :

- Le recrutement des patients IC dans le programme de suivi a été plus ardu qu'espéré, ce que nous pouvons expliquer de la façon suivante :
  - Il y a eu un nombre significatif de refus (16) pour diverses raisons dont par exemple la fatigue, le fait d'être seul, le manque de motivation et le refus général de soins ; cependant, il reste peu important en regard du total des patients identifiés (7.1%)
  - Les patients IC hospitalisés dans le service de Médecine interne sont plus polymorbides et en moyenne plus âgés que les patients IC hospitalisés en cardiologie ; les patients se sont donc révélés souvent inaptes cognitivement ou physiquement à prendre part au programme de suivi
  - 5 patients ont préféré être suivis par leur cardiologue ou médecin traitant

Voici ci-après, les motifs invoqués de la non inclusion dans le programme de suivi.

**GRAPHIQUE 18: MOTIFS DE LA NON INCLUSION DES PATIENTS DANS LE PROGRAMME DE SUIVI**



- En référence au problème de communication aux interfaces mentionné plus haut (3.3.4), le changement régulier d'internistes assistants dans le service de Médecine interne a eu pour conséquence que le réflexe chez ceux-ci d'annoncer des patients IC n'est pas encore systématiquement présent. La thématique de la filière IC est désormais toujours abordée lors des colloques d'accueil des internistes assistants et des rappels ciblés ont été effectués. De plus, des guidelines concernant la prise en charge de l'IC à destination Internistes ont été fournis par la Cardiologue responsable de la consultation. La spécificité des patients IC et de leur médication est désormais mieux pris en compte dans le service de Médecine interne.

### 3.4.12 Discussion au sujet des effets sur les patients

Tous les effets attendus sur les connaissances, les attitudes et les comportements des patients ont à première vue été atteints. Les statistiques et indicateurs obtenus à ce jour indiquent un bénéfice clair pour la majorité des patients en relation avec leur empowerment vis-à-vis de la maladie et leur qualité de vie rejoignent les effets escomptés d'un programme ambulatoire hospitalier de suivi des patients atteints d'IC au sortir d'une hospitalisation pour décompensation cardiaque qui sont mentionnés dans la littérature.

### 3.5 Impact

Les objectifs « O » du projet sont rappelés entre parenthèses en lien avec chacun des impacts cités.

#### 3.5.1 Qualité de vie et autonomie des patients

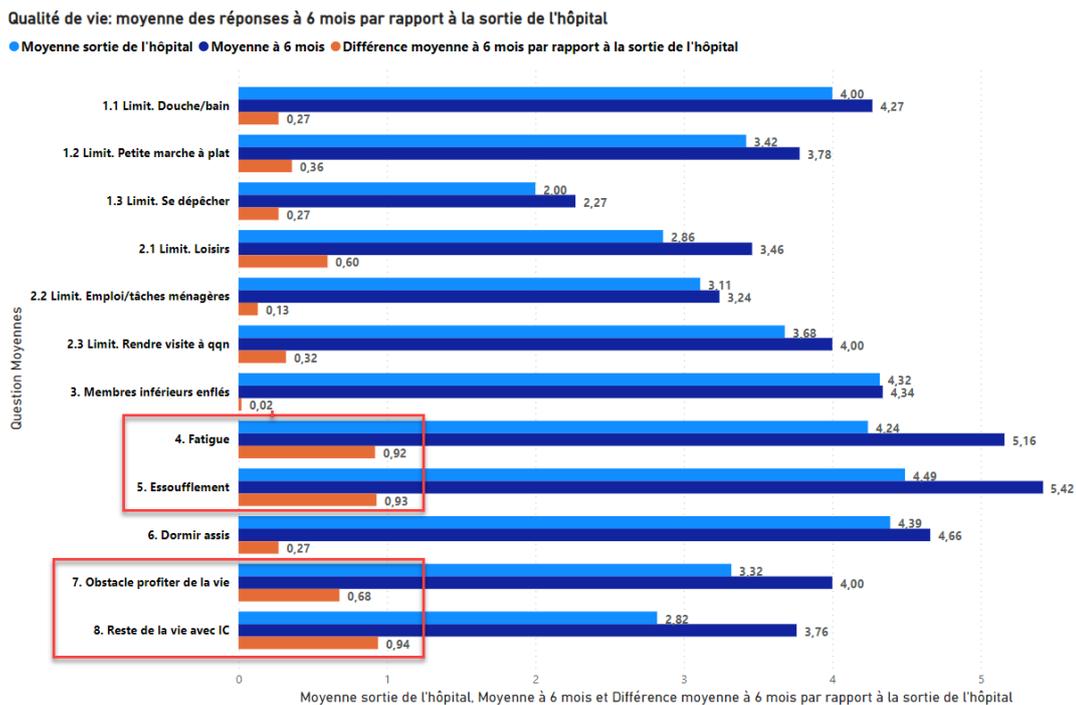
##### 3.5.1.1 Questionnaire de la Qualité de vie<sup>28</sup>

Selon les premiers résultats du questionnaire de la Qualité de vie (**voir Annexe X : questionnaire de la qualité de vie**) remis au patient à la sortie de l'hospitalisation puis à 6 mois, il semble que l'effet sur la qualité de vie des patients soit positif puisque globalement les patients ayant répondu aux 2 questionnaires (37 patients, soit 21,6% des patients inclus dans le programme de suivi jusqu'à fin 2022) sont en moyenne moins fatigués, moins essouffés et plus positifs vis-à-vis de la maladie (sentiments). On peut en déduire dès lors que les patients ont appris à mieux gérer les effets de leur maladie et que leur vie quotidienne et leur moral en sont moins affectés.

**FIGURE 6: ECHELLE QUESTIONNAIRE DE LA QUALITÉ DE VIE**

<p><b>Echelle questions 1.1 à 2.3</b>                  0 - Ne me concerne pas                  1 - Extrêmement limitée                  2 - Assez limitée                  3 - Modérément limitée                  4 - Légèrement limitée                  5 - Pas limitée du tout</p> <p><b>Echelle question 3</b>                  1 - Tous les matins                  2 - Au moins 3 fois par semaine                  3 - 1 à 2 fois par semaine                  4 - Moins d'une fois par semaine                  5 - Pas une fois au cours des 2 dernières semaines</p> <p><b>Echelle question 4</b>                  1 - Tout le temps                  2 - Plusieurs fois par jour                  3 - Au moins une fois par jour                  4 - Au moins 3 fois par semaine mais pas tous les jours                  5 - 1 ou 2 fois par semaine                  6 - Moins d'une fois par semaine                  7 - Pas une fois au cours des 2 dernières semaines</p> <p><b>Echelle question 5</b>                  1 - Tout le temps                  2 - Plusieurs fois par jour                  3 - Au moins une fois par jour                  4 - Au moins 3 fois par semaine mais pas tous les jours                  5 - 1 ou 2 fois par semaine                  6 - Moins d'une fois par semaine                  7 - Pas une fois au cours des 2 dernières semaines</p>	<p><b>Echelle question 6</b>                  1 - Toutes les nuits                  2 - Au moins 3 fois par semaine                  3 - 1 à 2 fois par semaine                  4 - Moins d'une fois par semaine                  5 - Pas une fois au cours des 2 dernières semaines</p> <p><b>Echelle question 7</b>                  1 - Enormément                  2 - Beaucoup                  3 - Modérément                  4 - Légèrement                  5 - Pas du tout</p> <p><b>Echelle question 8</b>                  1 - Pas du tout satisfait                  2 - Plutôt insatisfait                  3 - Assez satisfait                  4 - Plutôt satisfait                  5 - Tout à fait satisfait</p>
---	---

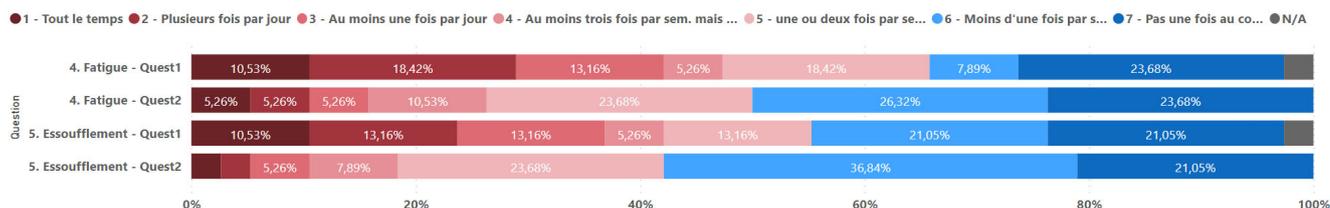
**GRAPHIQUE 19: QUALITÉ DE VIE : MOYENNE DES RÉPONSES À 6 MOIS PAR RAPPORT À LA SORTIE DE L'HÔPITAL**



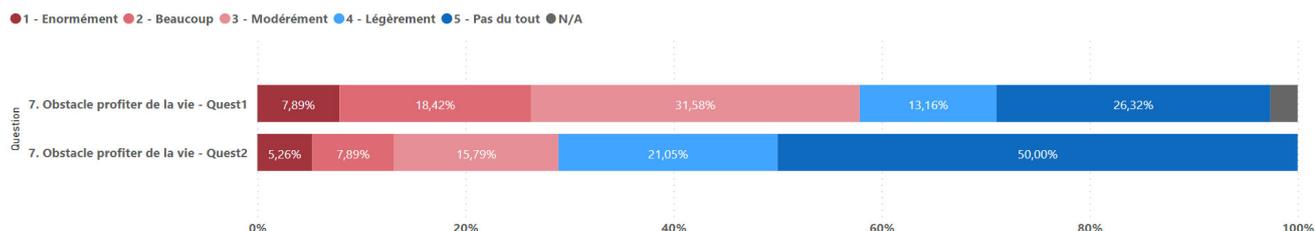
<sup>28</sup> Adapté du Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ-12)

**GRAPHIQUE 20: COMPARAISON FATIGUE, ESSOUFFLEMENT, OBSTACLE À PROFITER DE LA VIE ET MORAL (SENTIMENT QUANT AU FAIT DE PASSER LE RESTE DE SA VIE AVEC L'IC) – SORTIE DE L'HÔPITAL ET À 6 MOIS**

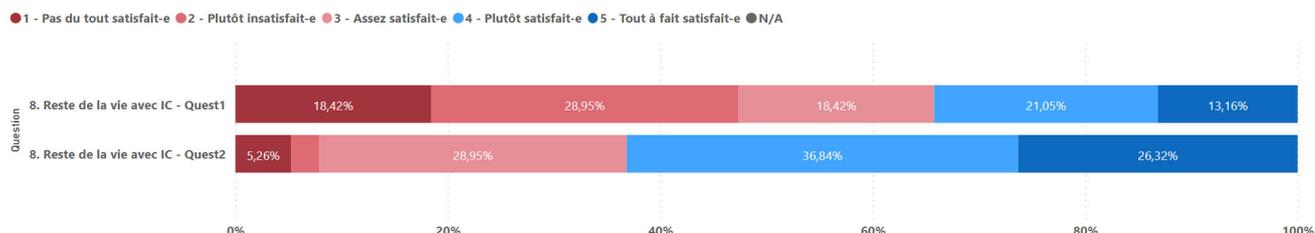
**Comparaison Fatigue et essoufflement - suivi ambulatoire (Quest1) et à 6 mois (Quest2)**



**Comparaison Obstacle profiter de la vie - suivi ambulatoire (Quest1) et à 6 mois (Quest2)**



**Comparaison Reste de la vie avec IC - suivi ambulatoire (Quest1) et à 6 mois (Quest2)**

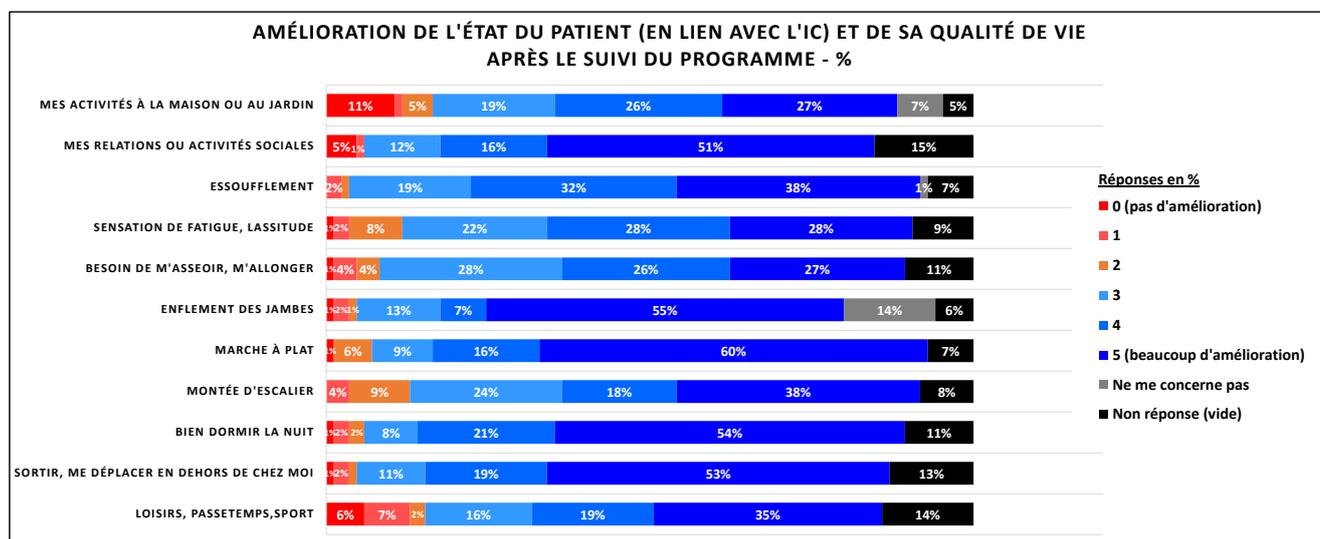


**3.5.1.2 Entretien individuel avec l'ASAP à 3 mois (questions sur la qualité de vie)**

L'entretien mené par l'ASAP indique que la majorité des patients constatent une amélioration de tous les critères de qualité de vie 3 mois après leur sortie de l'hôpital, en particulier :

- Entre 72% et 79% des patients ont vu leur état en lien avec les activités à la maison ou au jardin, leurs activités sociales, la sensation de fatigue ou de lassitude s'améliorer
- Entre 80% et 89% des patients ont indiqué que leur état en lien avec l'essoufflement, la marche à plat, la montée de l'escalier, le sommeil, l'œdème des jambes, le besoin de s'asseoir ou de s'allonger, leurs loisirs et les sorties à l'extérieur s'est amélioré.

**GRAPHIQUE 21: AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DU PATIENT ET DE SA QUALITÉ DE VIE APRÈS LE SUIVI DU PROGRAMME**



### 3.5.2 Diminution du besoin en soins

(O1 : Diminuer les réhospitalisations précoces)

En la matière, dans notre concept d'évaluation de mars 2021, nous avons proposé de ne pas indiquer de valeurs cibles. Nous visions par contre une diminution des réhospitalisations par rapport à la période 2019/2020.

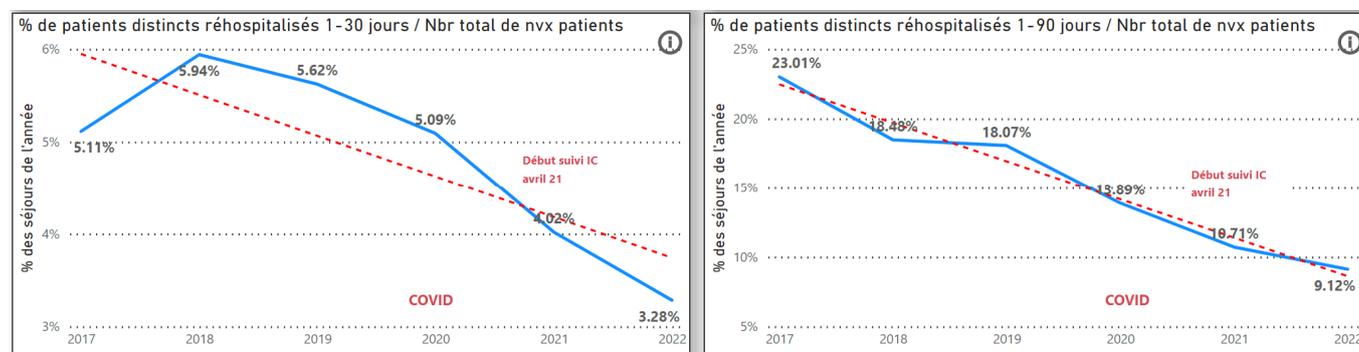
L'objectif semble atteint; en effet, 23 mois après le démarrage du programme de suivi, d'après les statistiques dont nous disposons, il apparaît que la tendance des réhospitalisations à 30 jours et à 90 jours pour les patients hospitalisés pour une première fois avec l'insuffisance cardiaque comme raison principale soit à la baisse depuis 2019 (-41,6% à 30 jours et -49,5% à 90 jours). La tendance en question sera cependant à confirmer en 2023.

**TABEAU 10: EVOLUTION DU NOMBRE DE RÉHOSPITALISATIONS 1-30J ET 1-90J**

Année	% de patients réhospitalisés / année de 1ère hospitalisation:		Différence par rapport à 2019	
	1-30 jours	1-90 jours	1-30 jours	1-90 jours
2019 (année de référence)	5,62%	18,07%		
2021	4,02%	10,71%	-28,5%	-40,7%
2022	3,28%	9,12%	-41,6%	-49,5%

**GRAPHIQUE 22: TENDANCE DES RÉHOSPITALISATIONS À 30 JOURS ET À 90 JOURS (3 MOIS)**

**NOUVEAUX PATIENTS DE L'ANNÉE AVEC DIAGNOSTIC PRINCIPAL D'IC**

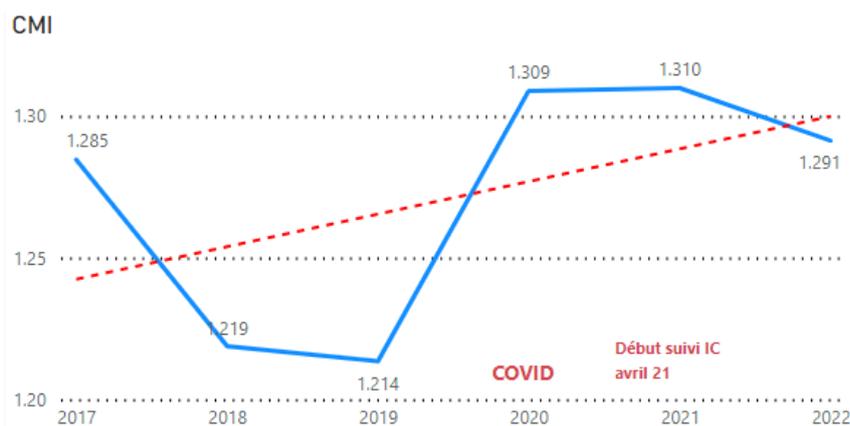


NB : Les données de réhospitalisation à 90 jours des patients hospitalisés pour la première fois en 2022 sont à ce jour incomplètes, elles le seront fin mars 2023.

La tendance à la baisse pour les réhospitalisations à 90 jours a débuté dès 2018, soit avant la mise en œuvre du suivi ambulatoire, sans qu'il soit possible d'expliquer exactement à quoi cela est dû. D'autres facteurs parmi lesquels par exemple la sévérité des symptômes d'IC des patients hospitalisés pour la première fois peuvent avoir une influence sur le taux de réhospitalisations précoces.

Les données de CMI (sévérité de cas) dont nous disposons concernant les 1ères hospitalisations pour cause d'IC entre 2017 et 2022 indiquent à cet égard que le degré de sévérité moyen des cas a diminué entre 2017 et 2018 (idem 2019), ce qui hypothétiquement aurait pu avoir un effet à la baisse sur le taux de réhospitalisations à 90 jours en 2018 (et idem en 2019). En 2021, année de référence et première année du suivi ambulatoire, la sévérité des cas de 1ère hospitalisation a été plus importante qu'en 2017 (1.310 contre 1.285), pourtant, malgré cela, comme déjà mentionné plus haut, les taux de réhospitalisation à respectivement 30 jours et à 90 jours ont diminué. Dès lors, on peut en déduire que le programme de suivi ambulatoire aurait permis de diminuer les réhospitalisations précoces et ce même pour des patients plus sévèrement atteints.

**GRAPHIQUE 23: SÉVÉRITÉ DES CAS 1 ÈRE HOSPITALISATION IC (CMI)**



Il est à noter que la tendance des réhospitalisations à 180 jours (6 mois) et à 270 jours (9 mois) semble aussi être à la baisse ; cette tendance sera cependant également à confirmer en 2023 lorsque davantage de données concernant les patients de 2022 seront disponibles à 9 mois puis par la suite à 12 mois.

### 3.5.3 Baisse des coûts imputés à la LAMal

D'après les données dont nous disposons au 17.03.2023, nous pouvons supposer une baisse des coûts imputés à la LAMal pour des réhospitalisations précoces à 90 jours après une première hospitalisation, ceci en relation avec la baisse du nombre de réhospitalisations à 90 jours. Il est évident que des données supplémentaires seront nécessaires afin de vérifier si ce premier constat se vérifie sur le plus long terme en tenant compte de toutes les réhospitalisations jusqu'à 360 jours après une première hospitalisation. Voici les détails :

- 2019 (année de référence): 49 réhospitalisations à 90 jours pour un coût d'environ **618'381 CHF**<sup>29</sup>
- 2021 : 27 réhospitalisations à 90 jours, pour un coût d'environ **369'919 CHF**
- 2022 (état des données au 07.03.2023): 27 réhospitalisations à 90 jours, pour un coût d'environ **243'544 CHF**

#### **Conséquences en termes de coûts pour les réhospitalisations à 90 jour :**

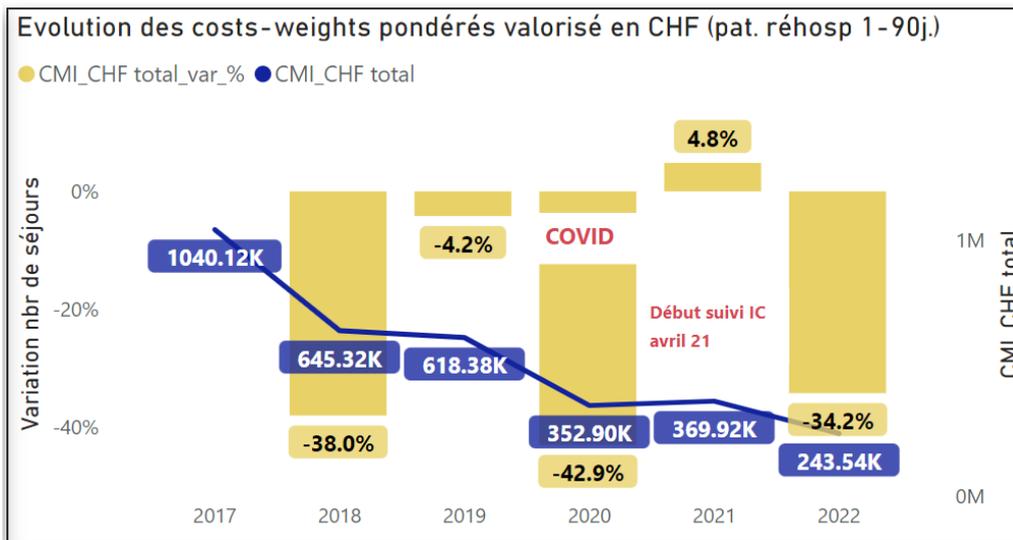
- 2021 : diminution supposée de 248'462 CHF par rapport à 2019, soit une baisse de 40.1% des coûts annuels imputés à la LAMal en 2021
- 2022 : diminution supposée de 374'837 CHF par rapport à 2019, soit une baisse de 60.6% des coûts annuels imputés à la LAMal en 2022<sup>30</sup>
- Environ 623'299 CHF économisés au total par la LAMal en 2021 et 2022

<sup>29</sup> La valorisation est calculée en multipliant la somme des cost-weights par le base rate (CHF 9'550.-).

Le baserate est fixé par les partenaires tarifaires. Le baserate n'a pas évolué depuis 2017 : <https://www.vs.ch/web/ssp/pour-les-assur%C3%A9s#id9013227>. Pour rappel, le cost-weight est déterminé par le DRG attribué au patient et différentes variables administratives (durée de séjour, transferts, etc.)

<sup>30</sup> Selon état des données au 07.03.2023 pour les patients hospitalisés une première fois de 2022, il manque donc les données de réhospitalisations à 90 jours des nouveaux patients de 2022 entre le 08.03.2023 et 31.03.2023.

**GRAPHIQUE 24: EVOLUTION DES COST-WEIGHTS PONDÉRÉS VALORISÉ EN CHF (RÉHOSPITALISATIONS À 90 JOURS)**



Ces économies supposées sont à mettre en regard des coûts de la consultation ambulatoire imputés à la LAMal.

**TABEAU 11: ECONOMIES SUPPOSÉES POUR LA LAMAL**

A. Année	B. Coûts LAMal (réhospitalisations à 90 jours) - patients avec 1ère hospitalisation en 2019, 2021 et 2022	C. Coûts consultation ambulatoire facturés à la LAMal	D. Economies supposées LAMal (réhospitalisations à 90 jours) - patients avec 1ère hospitalisation en 2021 et 2022	E. Economies supposées LAMal après déduction des coûts de la consultation ambulatoire (D-C)	Remarques
2019 (année de référence)	618 381				
2021	369 919	49 321	248 462	199 141	
2022	243 544	95 238	374 837	279 599	Etat au 07.03.2023
Total	1 231 844	144 559	623 299	478 740	

## 4. Conclusion et perspective

### 4.1 Pertinence du projet et conformité aux besoins des patients

Le projet est approprié car :

- Il remplit une lacune de prise en charge à la sortie de l'hôpital, dans la mesure où la majorité des patients n'est généralement pas en mesure de consulter son cardiologue référent rapidement après sa sortie de l'hôpital; le programme de suivi ambulatoire prévoit un premier rendez-vous de suivi pour le patient 7 jours après sa sortie puis 2 autres rendez-vous d'ici 30 jours après sa sortie.
- Il introduit une ET systématique ciblée sur l'IC durant l'hospitalisation et à la sortie de l'hôpital, prestation prise en charge par la LAMal mais encore peu dispensée, que ce soit en cabinet privé ou en milieu hospitalier.
- Il cible la période qui suit directement une première décompensation cardiaque qui est une période à haut risque de réhospitalisation(s) selon la littérature. La continuité du suivi durant cette période critique est assurée jusqu'à la prise en charge par le médecin/cardiologue référent. La majorité des patients voient leur état de santé stabilisé ou amélioré grâce à la titration précoce des médicaments et acquièrent les connaissances de base pour savoir mieux gérer leur maladie (empowerment).

### 4.2 Réponse aux besoins des acteurs dans le domaine des soins de santé

Le projet permet de répondre aux besoins des acteurs suivants :

- Pour les patients : continuité du suivi clinique, début précoce de l'ET ainsi que de l'empowerment, adaptation précoce de sa posologie médicamenteuse entraînant une diminution du risque de réhospitalisation précoce.
- Pour les cardiologues / médecins de ville : suivi hospitalier régulier (3 rendez-vous) de leur patient dès sa sortie de l'hôpital jusqu'au 1<sup>er</sup> rendez-vous avec eux (prise de rendez-vous par l'hôpital pour le patient à 6 semaines). Début précoce d'une ET de qualité à l'hôpital et si possible adoption par le

patient de premières adaptations dans sa vie quotidienne (alimentation, activité physique, prise régulière des médicaments) et adoption du réflexe des autocontrôles. Carnet de suivi de l'IC donné au patient à l'hôpital qui permet une focalisation sur la pathologie d'IC aussi bien du côté du cardiologue/médecin que du patient.

- Pour l'Assurance-maladie (LAMal) : baisse supposée des coûts imputés à la LAMal pour des réhospitalisations précoces à 90 jours, ceci en relation avec la baisse du nombre de réhospitalisations à 90 jours.

#### **4.3 Intégration actuelle et future des pratiques préventives dans le domaine des soins de santé**

Le projet permet d'intégrer des pratiques préventives dans le domaine des soins de santé puisque l'ET proposée fait partie des pratiques préventives de type secondaire et tertiaire. A l'avenir, l'ambition serait :

- De déployer un programme de suivi ambulatoire au SZO adapté au contexte local.
- D'améliorer la communication entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge des patients à tous les niveaux (inter-disciplinaire, inter-service).
- De poursuivre la communication au sujet du programme de suivi auprès des professionnels installés afin qu'ils orientent davantage de patients vers la consultation ambulatoire et que davantage d'entre eux envoient un rapport de consultation au sujet de leur patient à 6 mois après sa sortie de l'hôpital.
- De développer le programme pour que davantage de patients en bénéficient, ce qui nécessitera une augmentation d'EPT tant du côté médical qu'infirmier.
- De développer/mettre à jour les supports didactiques pour le patient sous forme de brochures et vidéos et de développer un portail patient pour la mise à disposition en ligne des différents questionnaires.
- De développer un coaching proactif de la part de l'infirmière qui appellerait les patients régulièrement (par exemple une fois par mois)
- De participer à la création d'un réseau romand de suivi de l'insuffisance cardiaque
- De développer des actions de prévention primaire de l'insuffisance cardiaque pour le grand public (conférences, sensibilisation, etc.)

#### **4.4 Durabilité du projet**

La prise en charge des coûts du programme ambulatoire est à priori pour le moment assurée pour les prochaines années par l'Hôpital du Valais vu ses premiers résultats probants. En outre, un financement spécifique a été obtenu de la part du canton du Valais pour 2023 et 2024. Il s'agit d'un forfait qui nous l'espérons pourra être converti en un financement annuel régulier par la suite.

Vu les résultats excellents obtenus à ce jour ainsi que l'investissement important effectué par l'HVS en termes de ressources humaines et pour les développements informatiques, un coup de pouce supplémentaire pour les années à venir de la part de Promotion Santé Suisse serait extrêmement bénéfique pour la pérennisation et les développements ultérieurs **(4.4)** du programme de suivi des patients insuffisants cardiaques.

## Bibliographie

1. Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, ESC, 2021
2. Guide de parcours de soins: insuffisance cardiaque, HAS juin 2014
3. Notes méthodologiques et de synthèse documentaire: comment organiser la sortie des patients souffrant d'IC, HAS, avril 2015
4. Sridharan L et al, *Prognostic factors in patients hospitalized for heart failure*. *Curr Heart Fail Rep* 2013; 10(4): 380-6.
5. Desai A.S., Stevenson L.W., *Rehospitalization for heart failure. Predict or Prevent?* *Circulation* 2012; 126(4):501-6
6. Donaho K et al, *Protocol-Driven Allied Health Post-Discharge Transition Clinic to Reduce Hospital Readmissions in Heart Failure*, DOI: 10.1161/JAHA.115.002296 2015
7. Hernandez AF et al, *Relationship between early physician follow-up and 30-day readmission after acute Myocardial Infarction and Heart Failure*, *JAMA* 2010; 303(17):1716-22.
8. McAlister FA et al, *Impact of physician continuity on death or urgent readmission after discharge among patients with heart failure*, *CMAJ* 2013; 185(14):E681-9.
9. Nyweide DJ et al, *Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults*. *JAMA Intern Med*, 2013; 173(20):1879-85.
11. *Understand causes and decide what evaluation methods to use*, [www.betterevaluation.org](http://www.betterevaluation.org)
12. *Rainbow framework* (cadre de référence Arc-en-ciel), [www.betterevaluation.org](http://www.betterevaluation.org)
13. Herbert Brunold (OFSP), Sarah Fassler & Manuela Oetterli (Interface Politikstudien, Lucerne), *L'élaboration de modèles d'effets et d'indicateurs*, 2016 (légèrement révisé en 2017)
14. *Évaluez vos actions en éducation et promotion de la santé: guide d'accompagnement à l'évaluation de vos projets*, IREPS Lorraine 2010
15. *La démarche de projet et ses critères de qualité*, IREPS Lorraine 2012
16. *Logic Model Development Guide*, W.K. Kellogg Foundation, 2004
17. Fassler, S., Studer, S., *Évaluation des effets des interventions, Guide pour des projets dans les domaines de l'activité physique, de l'alimentation et de la santé psychique*, Promotion Santé Suisse, février 2019
18. « *Prévention dans le domaine des soins* » (PDS) et concept pour le Soutien de projets PDS, Promotion Santé Suisse, janvier 2019
19. *Évaluation de projets de Prévention dans le domaine des soins (PDS): Feuille d'information pour les responsables de projets*, Promotion Santé Suisse, novembre 2019

# Annexe I: Modèle d'impact

## Education thérapeutique et Filière d'insuffisance cardiaque: modèle d'impact

Input (Avec quels moyens?)	Mise en oeuvre/Mesures (Par quel biais?)	Output (Avec quelles prestations?)	Outcome Multiplicateurs	Outcome Patient-e-s (Avec quels effets sur les groupes cibles?)	Impact (Avec quelle contribution?)	
<p><b>Personnel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Année 1: 80% Inf.</li> <li>20% Diét</li> <li>Année 2: 80% min Inf.</li> <li>(prévu max 130%)</li> <li>20% Diét</li> </ul> <p><b>Finances:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>435'000 CHF</li> <li>(pour les années 1 et 2)</li> </ul>	<p><b>Organisation:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Collaboration entre l'HVS, l'Association Savoir Patient (ASAP) et le groupement VS des médecins de famille (cf organigramme)</li> <li>Soutien du Médecin cantonal</li> <li>Projet bilingue impliquant le CHVR (Valais romand) et le SZO (Haut-Valais). Le concept s'adapte au contexte local de chaque site</li> <li>Financement impression carnet de suivi par Novartis</li> </ul> <p><b>Processus:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>01.01.2020 - 31-03.2021: phase préparatoire</li> <li>12.04.2021: démarrage phase pilote CHVR</li> <li>01.06.2021: démarrage phase pilote SZO</li> <li>01.08.2021: démarrage Entreviens patients ASAP</li> <li>1<sup>er</sup> trim 2022: premiers résultats questionnaire KCCQ 2</li> </ul>	<p><b>Prestations pour les cardiologues / internistes hospitaliers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formulaires IC spécifiques médoco-infirmiers dans le système d'information</li> <li>Nouveau canevas de lettre de sortie post-hospitalisation et création d'une lettre de fin de suivi ambulatoire à destination du médecin de famille et du cardiologue référent</li> <li>Carnet de suivi du patient</li> <li>Questionnaires qualitatifs de vie et de satisfaction du patient, ceci à des fins d'amélioration continue</li> </ul> <p><b>Prestations pour les infirmières IC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formations CAS / DAS Education thérapeutique (2021) proposée dans le cadre du projet</li> <li>Formation «Protocole de coopération de l'IC» à Paris (2022) proposée dans le cadre du projet</li> <li>Documentation patient mise à disposition</li> <li>Formulaires IC spécifiques médoco-infirmiers dans le système d'information</li> <li>Check-list de sortie infirmière dans le système d'information clinique</li> <li>Questionnaires qualité de vie et de satisfaction du patient, ceci à des fins d'amélioration continue</li> </ul> <p><b>Prestations pour les cardiologues / médecins généralistes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Carnet de suivi du patient (document utilisable pour le suivi de l'IC à long terme du patient)</li> </ul>	<p><b>Cardiologues / Internistes hospitaliers et infirmières IC</b></p> <p><b>Conditions:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Collaboration interprofessionnelle et inter-service</li> </ul> <p><b>Connaissances:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins infirmiers: amélioration des connaissances concernant la médication spécifique à l'IC</li> </ul> <p><b>Attitudes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prise en compte des inquiétudes et du ressenti du patient: patient partenaire.</li> <li>Prise en compte de la qualité de vie du patient (surveillance de l'évolution grâce aux 2 questionnaires KCCQ) et de sa satisfaction</li> <li>Implication personnelle et volonté d'améliorer continuellement la prise en charge</li> </ul> <p><b>Comportements:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Entretien motivationnel et entretien de sortie durant l'hospitalisation (Inf. de cardiologie ou IC)</li> <li>Préparation précoce de la sortie et de la prise en charge post-hospitalisation (prise de rdv pour le suivi et organisation de la réadaptation si indiquée) (Inf. IC)</li> <li>Continuité de la prise en charge jusqu'à 30 jours après leur sortie de l'hôpital grâce à un:             <ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Suivi médical ambulatoire (cardiologie ou médecine interne) avec:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Suivi anamnése, des constantes et du poids</li> <li>➢ Suivi des résultats de labo</li> <li>➢ Personnalisation de la prise en charge élargie aux comorbidités</li> <li>➢ Optimisation précoce du traitement médicamenteux</li> <li>➢ Clarification du diagnostic</li> <li>➢ Meilleure évaluation de la prise en charge de l'IC avancée</li> </ul> </li> <li>☐ Suivi infirmier ambulatoire et une ET personnalisée</li> </ul> </li> <li>Remise et explications brochure des médicaments, brochure de présentation du suivi, carnet de suivi pour le patient, etc. (Inf IC)</li> <li>Cours collectifs sur l'IC avec cardiologue et inf. IC et cours HTA avec diététicienne; possibilité de poursuivre un suivi personnalisé avec la diététicienne</li> <li>Remise au patient des questionnaires de la qualité de vie (durant le suivi et à 6 mois) et questionnaire de satisfaction</li> <li>Hotline heures ouvrables (Inf IC)</li> <li>Sensibilisation aux autres ressources de soutien existantes (Cipret, Acton Diabète, etc) (Inf IC)</li> <li>Entretien de suivi à 3 mois après la sortie d'hospitalisation (ASAP)</li> <li>Renforcement du lien avec le cardiologue référent et le médecin de famille (médecin hospitalier)</li> <li>Lettre de sortie post-hospitalisation et rapport de fin de suivi ambulatoire à destination du médecin de famille et du cardiologue (médecin hospitalier)</li> </ul>	<p><b>Cardiologues / médecins installés</b></p> <p><b>Attitudes:</b> encourager et accompagner le patient dans son changement d'habitudes de vie</p>	<p><b>Cardiologues / Internistes hospitaliers et infirmières IC</b></p> <p><b>Connaissances:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Symptômes d'alerte permettant une réaction rapide et autogestion de la maladie</li> <li>Principaux facteurs de risque</li> <li>Prise de connaissances des autres ressources pouvant procurer un soutien (Cipret, Acton Diabète, groupes d'activité physique, ASAP)</li> </ul> <p><b>Attitude:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prise de conscience au sujet de la maladie et implication dans la prise en charge, empowerment</li> <li>Motivation à adapter son mode de vie</li> <li>Restauration de la confiance vis-à-vis des interlocuteurs du suivi</li> <li>Utilisation régulière du carnet de suivi: surveillances personnelles et présentation du carnet au médecin et/ou cardiologue référent</li> </ul> <p><b>Comportement:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Débuter un changement d'habitudes de vie (faire attention aux symptômes d'alerte au quotidien, modifier ses habitudes alimentaires, adapter son activité physique)</li> <li>Utiliser le carnet de suivi de sa maladie</li> <li>Observer son traitement médicamenteux (le cardiologue l'adaptera durant le suivi si nécessaire)</li> <li>S'exprimer sur ce qu'il ressent et poser toutes ses questions (légalement via la hotline)</li> <li>Patient ambassadeur du suivi ambulatoire hospitalier de la filière d'insuffisance cardiaque</li> </ul>	<p><b>Impact</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diminution du nombre de réhospitalisations précoces du patient</li> <li>Amélioration de la qualité de vie des patients</li> </ul>

# Annexe II : Objectifs et indicateurs

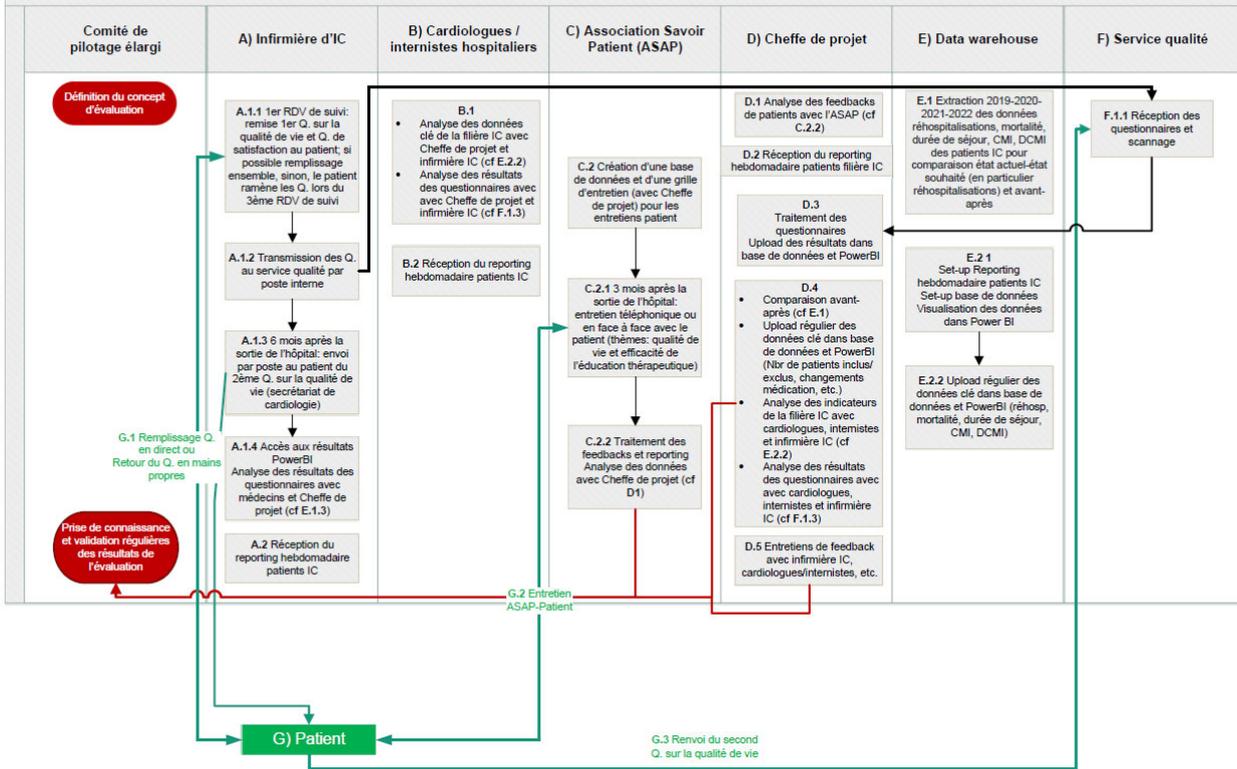
## Education thérapeutique et Filière d'IC: objectifs et indicateurs

Objectifs à atteindre d'ici à fin 2022 pour les patients insuffisants cardiaques (SMART)	Indicateurs	Valeurs cibles <i>NB: Il ne nous semble pas réaliste de fixer des objectifs chiffrés qui ne reposent sur aucune littérature solide. Nous préconisons une première période observationnelle (se durée à déterminer, par ex. 1 an). Par la suite, en fonction des résultats obtenus, nous réfléchirons à des objectifs qui nous semblent atteignables, en tenant compte également des moyens octroyés à la filière et des réalités de notre institution.</i>	Sources de données
<p><b>Diminuer le nombre de réhospitalisations précoces</b></p> <p>Diminuer le nombre de ré-hospitalisations (dans les 30 jours) après un épisode de décompensation cardiaque aiguë</p>	<p>1.1. % de réhospitalisations à 30 jours (pour cause d'IC)</p> <p>1.2. % de réhospitalisations à 6 mois (pour cause d'IC)</p> <p>1.3. % de réhospitalisations à 30 jours (pour autres causes que l'IC)</p> <p>1.4. % de réhospitalisations à 6 mois (pour autres causes que l'IC)</p>	<p>1. En diminution par rapport à 2019/2020</p> <p>2. En diminution par rapport à 2019/2020</p>	<p>Système d'information clinique de l'hôpital</p>
<p><b>Optimiser le traitement médicamenteux</b></p>	<p>% d'adaptation du traitement (traitement sortie hospitalisation vs traitement sortie suivi ambulatoire à 30 jours)</p>	-	<p>Système d'information clinique de l'hôpital; formulaires IC hospitalier et IC ambulatoire; formulaire de médicaments</p>
<p><b>Optimiser la satisfaction du patient</b></p> <p>La continuité de la prise en charge dès la sortie de l'hôpital, un suivi ambulatoire médico-infirmier personnalisé et à l'écoute du patient devraient permettre d'assurer un bon niveau de satisfaction des patients</p>	<p>% satisfaction générale des patients</p> <p>% satisfaction par section du questionnaire</p>	-	<p>Questionnaire de satisfaction (remis lors du suivi ambulatoire)</p>
<p><b>Assurer la continuité de la prise en charge du patient dès sa sortie de l'hôpital</b></p> <p>1. Une meilleure préparation de la sortie, une évaluation conjointe avec le patient et un suivi ambulatoire à 30 jours doivent permettre d'assurer la continuité de la prise en charge jusqu'au relais avec le médecin de famille et le cardiologue référent.</p> <p>2. Raccourcir la durée du séjour hospitalier aigu.</p>	<p>1.1. % / vol de patients IC inclus dans la filière et le suivi ambulatoire à 30 jours</p> <p>1.2. % / vol de patients IC non inclus dans la filière et pour quelles raisons</p> <p>2.1. Médiane/moyenne de la durée de séjour</p>	-	<p>1. Formulaire IC hospitalier</p> <p>2. Formulaire IC hospitalier</p> <p>3. Système d'information clinique de l'hôpital</p>
<p><b>Instaurer la collaboration interdisciplinaire, inter-service et interprofessionnelle</b></p> <p>L'instauration de la collaboration interdisciplinaire (médecins, soignants, secteur médicothérapeutique et patients), inter-service (cardiologie, médecine, générale, soins palliatifs), avec les institutions de réadaptation et les médecins installés et assurer la continuité des soins devrait permettre une meilleure adéquation de la prise en charge aux besoins spécifiques de chaque patient</p> <p><b>Le patients peut mieux gérer et faire face à sa maladie au quotidien (autogestion et empowerment)</b></p> <p>- Le patient connaît les symptômes d'alerte afin qu'ils puisse réagir rapidement</p> <p>- Le patient connaît les principaux facteurs de risque</p> <p>- Le patient adopte de nouvelles habitudes de vie afin de diminuer les risques de décompensation (en fonction de sa situation)</p> <p>- Le patient sait utiliser le carnet de suivi</p> <p>- Le patient observe son traitement</p> <p>- Le patient est sensibilisé à l'existence d'autres ressources de soutien externes (Action Diabète, CIPRET, etc.)</p>	<p>Entretiens (individuels ou en groupe) de feedback avec les personnels impliqués</p> <p>% de patients avec une amélioration de la qualité de vie (suivi ambulatoire vs à 6 mois)</p> <p>Entretien avec le patient à 3 mois après sa sortie de l'hôpital (effectué par l'Association Savoir Patient - ASAP)</p>	-	<p>Feedbacks des personnels impliqués lors des entretiens</p> <p>Questionnaires de la qualité de vie (KCCQ):</p> <p>No 1: suivi ambulatoire</p> <p>No 2: à 6 mois</p> <p>Grille d'entretien sur la qualité de vie du patient à 3 mois (ASAP)</p>

**NB: Autres statistiques intéressantes que nous souhaitons analyser:**  
 Taux de mortalité à 30 jour / 6 mois / 1 année  
 CMI (pourcentage des cas) DCMI (pourcentage des cas par jour d'hospitalisation)

# Annexe III : Acteurs de l'évaluation

## Education thérapeutique et filière d'insuffisance cardiaque Concept d'évaluation: acteurs de l'évaluation



# Annexe IV : Brochures et carnet de suivi à destination des patients

## Suivi ambulatoire de l'insuffisance cardiaque

INFORMATION PATIENT



Service de cardiologie  
Unité des épreuves fonctionnelles :  
insuffisance cardiaque  
Hôpital de Sion



[www.hopitalvs.ch](http://www.hopitalvs.ch) | [www.spitalvs.ch](http://www.spitalvs.ch)

## Vos médicaments

INFORMATION PATIENT



Service de cardiologie  
Unité des épreuves fonctionnelles : insuffisance  
cardiaque  
Hôpital de Sion



[www.hopitalvs.ch](http://www.hopitalvs.ch) | [www.spitalvs.ch](http://www.spitalvs.ch)



## MON CARNET DE SUIVI

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_



## Annexe VI : Newsletters médecins installés

### NEWS

## PATIENT·E·S SOUFFRANT D'INSUFFISANCE CARDIAQUE : PRISE EN CHARGE COORDONNÉE INTRA ET EXTRA-HOSPITALIÈRE AU CHVR



Dr Grégoire Girod

**L'insuffisance cardiaque (IC) est une pathologie largement répandue et qui entraîne plus de 400 hospitalisations en Valais chaque année. Une prise en charge coordonnée entre les différents acteurs de santé (généralistes, cardiologues, soignant·e·s) ainsi qu'un suivi rapproché dès la sortie de l'hôpital est indispensable afin d'améliorer le pronostic et d'éviter une réhospitalisation précoce lors d'un épisode de décompensation cardiaque. Le projet «Éducation thérapeutique et filière d'insuffisance cardiaque» souhaite répondre à un besoin grandissant face à cette pathologie chronique en relation avec le vieillissement de la population.**

Dans ce cadre, le CHVR propose désormais une prise en charge hospitalière transversale notamment entre les services des urgences, de la médecine et de la cardiologie. Une consultation médico-soignante ambulatoire d'une durée de 30 jours après la sortie de l'hôpital est également prévue dans le but d'offrir une transition optimale vers le retour à domicile et le suivi par le généraliste et le cardiologue installés.

Le CHVR a démarré sa phase pilote le 12 avril dernier dont l'objectif est d'inclure dans un premier temps une cinquantaine de patient·e·s dans cette nouvelle filière.

#### Accent sur l'éducation thérapeutique

Grâce au concours d'une équipe médico-soignante spécialisée en IC, l'accent est mis sur une éducation thérapeutique systématique co-construite avec le-la patient·e et visant à promouvoir une meilleure connaissance de sa pathologie, une meilleure autogestion de la maladie, une meilleure connaissance des symptômes d'alerte et une meilleure compréhension du traitement médicamenteux. Un cours spécifique sur l'IC ainsi qu'une formation dispensée par une diététicienne sont également proposés aux patient·e·s.

#### Optimisation du traitement médicamenteux

Le volet médical de la consultation ambulatoire permettra un suivi clinique du de la patient·e, de ses résultats d'analyses et d'optimiser son traitement médicamenteux.

Le projet est d'envergure cantonale avec l'implication du CHVR et du SZO et s'adaptera aux réalités respectives de chaque centre. Le SZO démarrera sa phase pilote durant le second semestre 2021.

La démarche a eu le privilège d'obtenir un financement de 200'000 CHF dans le cadre du cycle de soutien 2020 «prévention dans le domaine des soins» de Promotion Santé Suisse.

#### Contact

sion.consult.IC@hopitalvs.ch  
Infirmière coordinatrice de la consultation d'IC,  
027 603 19 60

Pour de plus amples informations, vous pouvez vous adresser à :

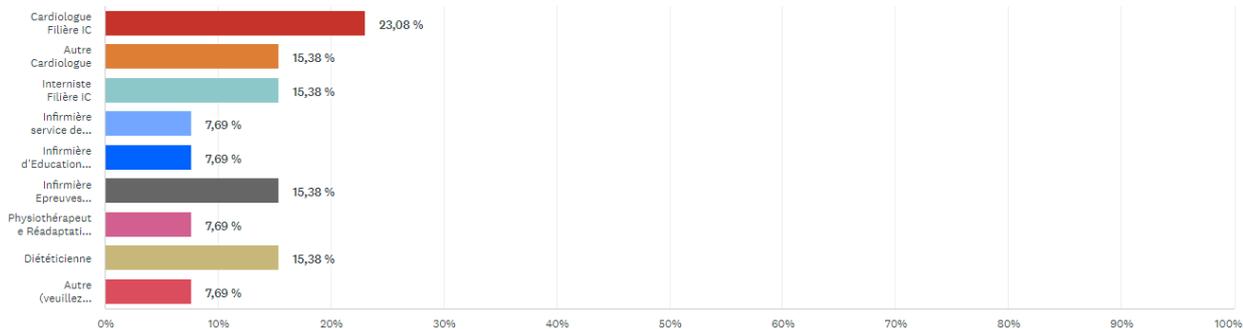
- Dre Raluca Alexa,  
cardiologue resp. de la consultation d'IC,  
027 603 19 59,  
raluca.alex@hopitalvs.ch
- Dr Grégoire Girod,  
médecin-chef, chef du Service de cardiologie,  
027 603 46 75,  
gregoire.girod@hopitalvs.ch

# Annexe VII : Enquête interne auprès des acteurs de la prise en charge

## Extraits du tableau de bord

### Quelle est votre fonction?

Réponses obtenues : 13 Question(s) ignorée(s) : 0

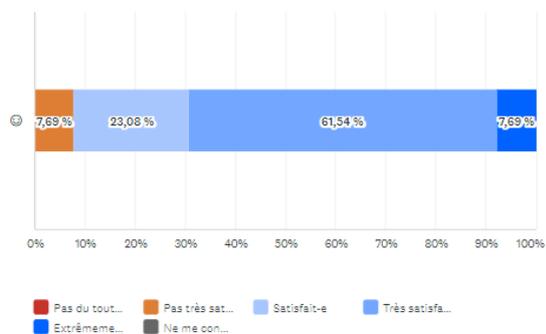


Filière Insuffisance cardiaque: enquête auprès des acteurs de la prise en charge

🔍 (0)

### Comment évaluez-vous le fonctionnement de la nouvelle filière IC dan...

Réponses obtenues : 13 Question(s) ignorée(s) : 0

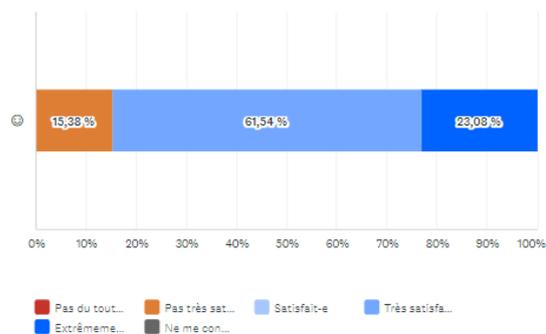


Filière Insuffisance cardiaque: enquête auprès des acteurs de la prise en charge

🔍 (0)

### Comment évaluez-vous le fonctionnement de la nouvelle filière IC dan...

Réponses obtenues : 13 Question(s) ignorée(s) : 0

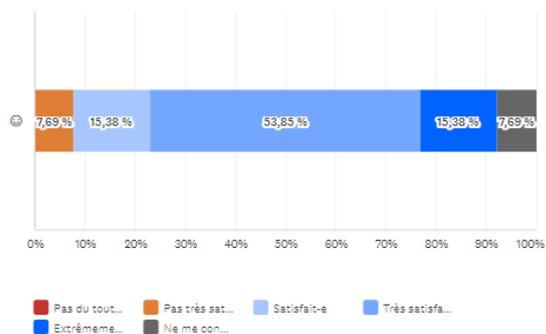


Filière Insuffisance cardiaque: enquête auprès des acteurs de la prise en charge

🔍 (0)

### Comment évaluez-vous la nouvelle filière IC en termes de coordinatio...

Réponses obtenues : 13 Question(s) ignorée(s) : 0

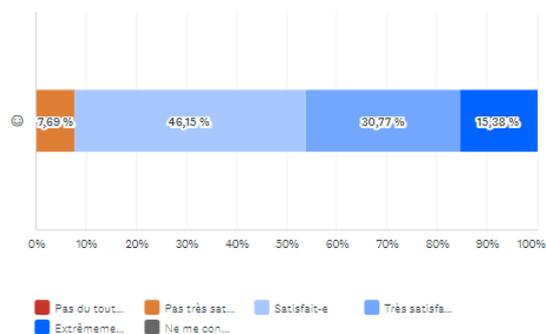


Filière Insuffisance cardiaque: enquête auprès des acteurs de la prise en charge

🔍 (0)

### Comment évaluez-vous la nouvelle filière IC en termes de communicat...

Réponses obtenues : 13 Question(s) ignorée(s) : 0

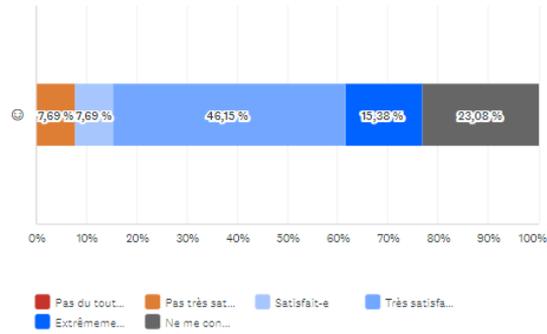


Filière Insuffisance cardiaque: enquête auprès des acteurs de la prise en charge

🔍 (0)

Comment évaluez-vous la nouvelle filière IC en termes de communicat...

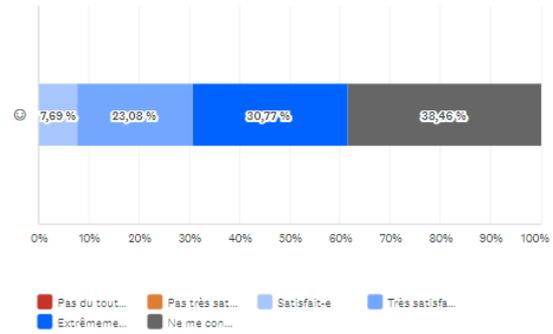
Réponses obtenues : 13 Question(s) ignorée(s) : 0



Filière Insuffisance cardiaque: enquête auprès des acteurs de la prise en charge (0)

Comment évaluez-vous la nouvelle filière IC en termes de communicat...

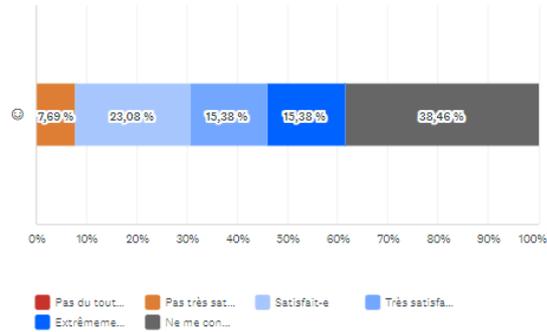
Réponses obtenues : 13 Question(s) ignorée(s) : 0



Filière Insuffisance cardiaque: enquête auprès des acteurs de la prise en charge (0)

Comment évaluez-vous la nouvelle filière IC en termes de communicat...

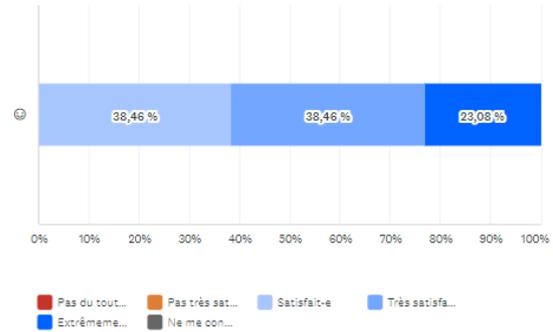
Réponses obtenues : 13 Question(s) ignorée(s) : 0



Filière Insuffisance cardiaque: enquête auprès des acteurs de la prise en charge (0)

Comment évaluez-vous les prestations proposées aux patient-e-s dan...

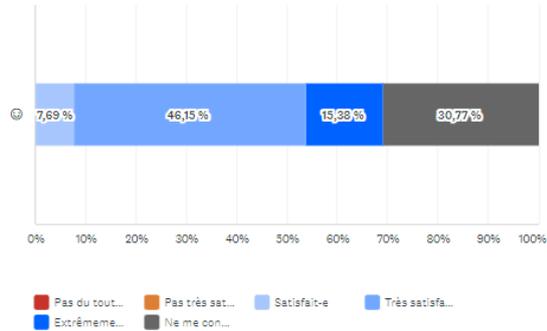
Réponses obtenues : 13 Question(s) ignorée(s) : 0



Filière Insuffisance cardiaque: enquête auprès des acteurs de la prise en charge (0)

Comment évaluez-vous la documentation (infos programme de suivi, ...

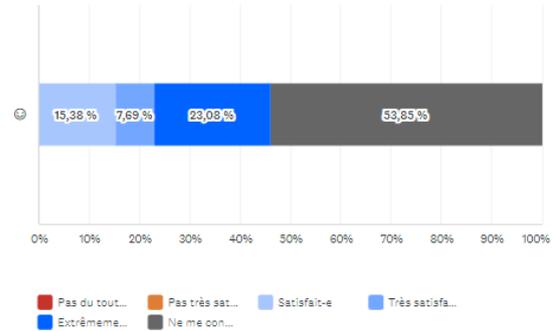
Réponses obtenues : 13 Question(s) ignorée(s) : 0



Filière Insuffisance cardiaque: enquête auprès des acteurs de la prise en charge (0)

Comment évaluez-vous le cours "Vivre avec l'IC" concernant l'implica...

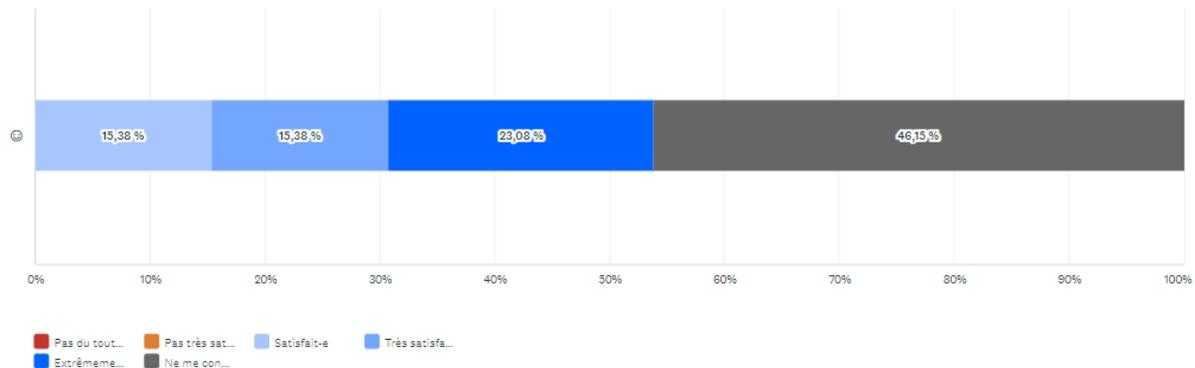
Réponses obtenues : 13 Question(s) ignorée(s) : 0



Filière Insuffisance cardiaque: enquête auprès des acteurs de la prise en charge (0)

Comment évaluez-vous le cours "Manger de bon coeur" concernant l'implication des patient-e-s et de leurs proches? (si vous donnez le cours ou avez ass...

Réponses obtenues : 13 Question(s) ignorée(s) : 0



Filière Insuffisance cardiaque: enquête auprès des acteurs de la prise en charge (0)

## Annexe VIII : Questionnaire de satisfaction

Questions	Satisfaction					Importance				
	5. Extrêmement satisfait	4. Très satisfait	3. Satisfait	2. Pas très satisfait	1. Pas du tout satisfait	5. Extrêmement important	4. Très important	3. Important	2. Pas très important	1. Pas du tout important
Quels degrés de satisfaction et d'importance attribueriez-vous à :										
<b>1. Pré-hospitalier (par les secours 1)</b>										
1.1 La prise en charge	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
<b>2. Service des urgences</b>										
2.1 L'accueil	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
2.2 Les informations reçues	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
<b>3. Service de Cardiologie / de Médecine</b>										
3.1 L'accueil	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
3.2 Les réponses à vos questions	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
3.3 L'équipe médico-soignante a-t-elle répondu à vos attentes lors de votre hospitalisation										
3.3.1 Equipe médicale	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
3.3.2 Equipe infirmière	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
3.4 Enseignement thérapeutique en chambre	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
3.5 La réception des informations nécessaires pour votre retour à domicile	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
<b>4. Suivi ambulatoire jusqu'à 30 jours après votre sortie de l'hôpital</b>										
4.1 Suivi médical par le cardiologue										
4.1.1 Suivi du traitement médicamenteux	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
4.1.2 Ecoute, prise en compte des besoins	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
4.2 Suivi par l'infirmière coordinatrice										
4.2.1 Ecoute, prise en compte des besoins	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
4.3 Enseignement thérapeutique										
4.3.1 Impression générale :	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
4.3.2 Enseignement relatif à la physiologie (origine de la maladie et impact sur le corps)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
4.3.3 Enseignement relatif à la reconnaissance des symptômes d'alerte (poids, jambes enflées, etc.)	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
4.3.4 Enseignement relatif au mode de vie	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
4.3.5 Cours collectif sur l'insuffisance cardiaque	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
4.3.6 Cours diététicienne HTA	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
5. Impression générale	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

Points forts : .....

.....

Points faibles : .....

.....

Suggestions : .....

.....

Date de votre dernier rdv de suivi ambulatoire hospitalier : .....

Date de votre prochain rdv chez votre cardiologue traitant : .....

Nom et prénom : .....

Numéro de téléphone : .....

## Annexe IX : Questionnaire de satisfaction – commentaires libres des patients

Commentaires - points forts	Commentaires - points faibles	Commentaires - suggestions
Prestations excellentes	N/A	N/A
Cours bien conduit	N/A	N/A
Prise en charge Urgences	Coordination services médicaux	N/A
communication et suivi	N/A	N/A
cours diét	N/A	N/A
Très bon suivi	N/A	N/A
organisation, ponctualité, prise en compte de besoins	N/A	N/A
bonne coordination entre hosp et suivi + mêmes personnes de contact	manque de coordination et de transmission des informations de la part des médecins assistants pendant l'hosp	N/A
écoute, calme positivité, encouragement, moins seule avec ses questionnements	médecin trop souvent dérangé par téléphone durant consult. A l'étage avis contradictoires, pas à l'aise avec médecin stagiaire	N/A
Ecoute et prise en charge	N/A	N/A
très belle initiative que ce suivi des patients après leur hosp	Domage que ce suivi ne se prolonge pas annuellement avec suivi 1/2 fois par année par exemple	N/A
professionnalisme	examen le week-end	promenades accompagnées extérieures
Equipe cardio	accueil des urgences	N/A
Disponibilité, gentillesse et patience	N/A	N/A
personnel médical compétent et attentionné	limiter si possible l'attente de pec aux URG	N/A
accueil, compétences à tous niveaux	chambre double, isolation lumière	N/A
ce suivi m'a aidé à mieux respirer et éliminer les douleurs	N/A	N/A
Dialogue avec Doctoresse et infirmière	Repas diététique pas proposé pendant hospitalisation	N/A
aimabilité du personnel soignant	nourriture	N/A
Infirmières	Distraction, cafétéria	N/A
Personnel très compétent et très chaleureux	Menus et pain salés alors que je devais faire attention au sel	Servir des repas plus adaptés au régime du patient
gentillesse du personnel soignant	nourriture trop salée	N/A
grand coup de chapeau à l'ensemble du personnel et en particulier au service de cardiologie! Compétence, clarté, bienveillance Aucun point faible	Aucun point faible	pour le cours de diététique, donner des informations sur les produits de substitution du sel: sel diététique, gomasio, etc.
information suffisance, soins continus et attentifs	N/A	N/A
infirmières cardio top	life vest pas pratique	N/A
Attention importante des infirmières	Parfois manque d'écoute/de communication des médecins	N/A
accueil et prise en charge	N/A	N/A
conseils médicaux sur les médicaments; meilleure observation des symptômes; bonnes qualités relationnelles	N/A	RDV médical après cours diét souhaitable
life vest pdt 3 mois, prise en charge et suivi médical	N/A	N/A
toutes les informations sur l'IC	N/A	N/A
life vest pdt 3 mois, prise en charge et suivi médical	N/A	N/A
toutes les informations sur l'IC	N/A	N/A
suivi médical	point faible: être plus à l'écoute des patients	N/A
Service du J2 au top, au niveau formation et à tous les niveaux!	N/A	N/A
très bon suivi du début à la fin, très à l'écoute du patient	N/A	N/A
compétences médicales	N/A	N/A

## Annexe X : Questionnaire de la qualité de vie

Questions	Etat					
Quels degrés attribueriez-vous à :  Noircir SVP le cercle qui vous correspond ●	5. Pas limitée du tout	4. Légèrement limitée	3. Modérément limitée	2. Assez limitée	1. Extrêmement limitée	0. Limitée pour d'autres raisons ou n'ai pas fait cette activité
<b>1. L'insuffisance cardiaque affecte différentes personnes de différentes manières. Certaines personnes souffrent plutôt d'essoufflement, tandis que d'autres ressentent plutôt de la fatigue. Veuillez indiquer dans quelle mesure votre capacité d'entreprendre chacune des activités suivantes a été limitée par l'insuffisance cardiaque (p. ex., essoufflement ou fatigue) au cours des 2 dernières semaines.</b>						
1.1 Prendre une douche/un bain ?	5	4	3	2	1	0
1.2 Marcher la distance d'un coin de rue sur terrain plat ?	5	4	3	2	1	0
1.3 Faire du jogging ou vous dépêcher (comme pour ne pas manquer un autobus) ?	5	4	3	2	1	0
<b>2. Dans quelle mesure votre insuffisance cardiaque affecte-t-elle votre mode de vie? Veuillez indiquer de quelle façon votre insuffisance cardiaque a pu limiter votre participation aux activités suivantes, au cours des 2 dernières semaines.</b>						
2.1 Passe-temps, activités de loisirs ?	5	4	3	2	1	0
2.2 Activités liées à votre emploi ou tâches ménagères ?	5	4	3	2	1	0
2.3 Rendre visite à de la parenté ou à des amis ?	5	4	3	2	1	0

<b>3. Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous eu les jambes, les chevilles ou les pieds enflés en vous réveillant le matin ?</b>	
5= Pas une fois au cours des 2 dernières semaines 4= Moins d'une fois par semaine 3= Une ou deux fois par semaine 2= Au moins 3 fois par sem. mais pas tous les jours 1= Tous les matins	(5) (4) (3) (2) (1)
<b>4. Au cours des 2 dernières semaines, en moyenne, combien de fois la fatigue a-t-elle limité votre capacité de faire ce que vous vouliez ?</b>	
7= Pas une fois au cours des 2 dernières semaines 6= Moins d'une fois par semaine 5= Une ou deux fois par semaine 4= Au moins 3 fois par sem. mais pas tous les jours 3= Au moins une fois par jour 2= Plusieurs fois par jour 1= Tout le temps	(7) (6) (5) (4) (3) (2) (1)
<b>5. Au cours des 2 dernières semaines, en moyenne, combien de fois l'essoufflement a-t-il limité votre capacité de faire ce que vous vouliez ?</b>	
7= Pas une fois au cours des 2 dernières semaines 6= Moins d'une fois par semaine 5= Une ou deux fois par semaine 4= Au moins 3 fois par sem. mais pas tous les jours 3= Au moins une fois par jour 2= Plusieurs fois par jour 1= Tout le temps	(7) (6) (5) (4) (3) (2) (1)
<b>6. Au cours des 2 dernières semaines, en moyenne, combien de fois avez-vous dû dormir assis(e) dans un fauteuil ou soutenu(e) par des oreillers à cause de problèmes d'essoufflement ?</b>	
5= Pas une fois au cours des 2 dernières semaines 4= Moins d'une fois par semaine 3= Une ou deux fois par semaine 2= Au moins 3 fois par sem. mais pas toutes les nuits 1= Toutes les nuits	(5) (4) (3) (2) (1)
<b>7. Au cours des 2 dernières semaines, dans quelle mesure votre insuffisance cardiaque vous a-t-elle empêché(e) de profiter de la vie ?</b>	
5= Pas du tout 4= Légèrement 3= Modérément 2= Beaucoup 1= Énormément	(5) (4) (3) (2) (1)
<b>8. Si vous deviez passer le reste de votre vie dans votre état actuel d'insuffisance cardiaque, comment vous sentiriez-vous ?</b>	
5= Tout à fait satisfait(e) 4= Plutôt satisfait(e) 3= Assez satisfait(e) 2= Plutôt insatisfait(e) 1= Pas du tout satisfait(e)	(5) (4) (3) (2) (1)

## Annexe XI : Questionnaire Association Savoir Patient (entretien à 3 mois)

FILIÈRE INSUFFISANCE CARDIAQUE – HÔPITAL DU VALAIS  
Evaluation programme suivi ambulatoire post-hospitalisation  
Education thérapeutique  
Grille d'entretien patient-e-s

**Informations à donner au/à la patient-e :**

**But de l'entretien :** comme indiqué lors de votre inscription, cet entretien après 3 / 4 mois de la fin du programme de suivi ambulatoire proposé par l'hôpital, a pour but d'évaluer les bénéfices de ce programme pour vous et pour votre qualité de vie. Et aussi vous donner l'occasion de proposer des améliorations du programme.

**Indépendance et confidentialité :** Cette évaluation est réalisée de manière indépendante et confidentielle et les informations seront anonymisé-e-s avant de les communiquer à l'Hôpital.

**Droit de vérification des informations transcrites :** Proposer d'envoyer une copie de l'entretien par email ou courrier en absence d'une adresse email. Si vous souhaitez ajouter ou modifier une réponse ou une information donnée, vous pouvez nous rappeler ou envoyer un email dans les 15 jours de la réception de la copie de l'entretien.

**Si le/la patient-e vit ou présente un problème,** en référer prioritairement à Edina Selimovic (*infirmière d'insuffisance cardiaque – Consultation ambulatoire IC : 027 603 19 60*) ou la Dre Raluca Alexe (*Cardiologue consultante IC : 027 603 19 59*) qui s'occupe de la consultation médicale ambulatoire de l'insuffisance cardiaque.

.....  
**Date de l'entretien :** |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|  
                          jour  mois  année

**Nom du/de la patient-e :**

.....

**N° patient-e :** .....

**Date d'hospitalisation :** |\_|\_|. |\_|\_|. |\_|\_|\_|\_|  
                          jour  mois  année

D'une manière générale, le programme d'Education thérapeutique m'a aidé-e par rapport à l'insuffisance cardiaque :

non     oui

<input type="radio"/>					
0	1	2	3	4	5
pas du tout	peu	modérément	suffisamment	beaucoup	énormément

En quoi ce programme m'a convenu ou pas convenu

sur une échelle de 0 (=aucun-e) à 5 (=excellent-e), mon appréciation sur les aspects suivants du programme :

Clarté et qualité des informations données /reçues :

<input type="radio"/>					
0	1	2	3	4	5

Possibilité de m'exprimer et prise en compte de mes besoins et mes difficultés

<input type="radio"/>					
0	1	2	3	4	5

Propositions pour ma vie quotidienne

<input type="radio"/>					
0	1	2	3	4	5

Qualité de relation avec les intervenant-e-s

<input type="radio"/>					
0	1	2	3	4	5

Climat des séances

<input type="radio"/>					
0	1	2	3	4	5

Durée des séances

- trop courtes
- idéale
- trop longues

Nombre de séances

- peu nombreuses
- idéal
- trop nombreuses

Durée du programme

- trop courte
- idéale
- trop longue

Lieu des séances

- adapté
- inadapté
- convivial
- trop loin de mon domicile
- .....

Concrètement, en quoi ce programme m'a aidé-e par rapport à l'insuffisance cardiaque :

Compréhension de l'insuffisance cardiaque, des facteurs de risque et des signes d'alerte

<input type="radio"/>					
0	1	2	3	4	5

Nouvelles habitudes de vie en lien avec ces facteurs de risque

<input type="radio"/>					
0	1	2	3	4	5

Gestion de la maladie et du traitement

<input type="radio"/>					
0	1	2	3	4	5

**Changements que j'ai réussi à introduire** dans ma vie quotidienne suite à ma participation au programme d'ET :

Nourriture (*moins de sel, moins de..., plus de..., plus de..., aliments supprimés ou ajoutés*)

.....

.....

.....

Activité physique

.....

.....

.....

Prise régulière des médicaments

.....

.....

.....

Autres

.....

.....

.....

**Changements proposés par le programme d'ET que j'ai de la difficulté à introduire** dans ma vie quotidienne et pourquoi sont-ils difficiles à appliquer :

Nourriture (*ne pas pouvoir manger ce que j'apprécie ou limiter mes plats préférés, besoin d'un repas préparé séparément de celui pour d'autres membres de la famille, repas livrés à domicile, repas à l'extérieur du domicile, etc...*)

.....

.....

.....

Activité physique

.....

.....

.....

Prise régulière des médicaments

.....

.....

.....

Autres

.....

.....

.....

Amélioration de 0 (= pas d'amélioration) à 5 (= beaucoup d'amélioration) de mon état en lien avec l'insuffisance cardiaque et de ma qualité de vie après avoir suivi le programme d'ET par rapport à avant :

Mes activités à la maison ou au jardin :

<input type="radio"/>					
0	1	2	3	4	5

Mes relations ou activités sociales ou avec ami-e-s :

<input type="radio"/>					
0	1	2	3	4	5

Essoufflement

<input type="radio"/>					
0	1	2	3	4	5

Sensation de fatigue, de lassitude ou de manque d'énergie

<input type="radio"/>					
0	1	2	3	4	5

Besoin de m'asseoir, de m'allonger pendant la journée :

<input type="radio"/>					
0	1	2	3	4	5

Enflure des jambes

<input type="radio"/>					
0	1	2	3	4	5

Marche à plat

<input type="radio"/>					
0	1	2	3	4	5

Montée d'escalier

<input type="radio"/>					
0	1	2	3	4	5

Bien dormir la nuit

<input type="radio"/>					
0	1	2	3	4	5

Vie sexuelle

<input type="radio"/>					
0	1	2	3	4	5

Activité professionnelle

<input type="radio"/>					
0	1	2	3	4	5

Sortir, me déplacer en dehors de chez moi

<input type="radio"/>					
0	1	2	3	4	5

Loisirs, passe-temps favoris, pratique de sports

<input type="radio"/>					
0	1	2	3	4	5

Autres améliorations :

.....

.....

.....

Je vis des **effets indésirables des médicaments pour l'insuffisance cardiaque** qui me gênent dans ma vie quotidienne :

non     oui  
Lesquels ?

.....  
.....  
.....

**Si je devais passer le reste de ma vie dans mon état actuel d'insuffisance cardiaque, comment je me sentirais :**

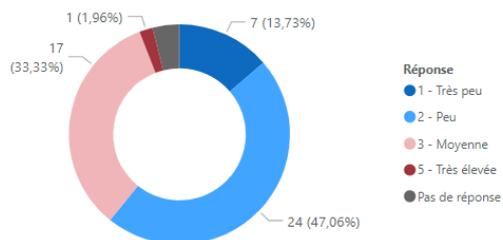
Pas du tout satisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Assez satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Tout à fait satisfait(e)
<input type="checkbox"/>				

**Ce que j'aurai eu besoin et que je n'ai pas eu dans le cadre du programme d'Education thérapeutique, mes propositions d'amélioration :**

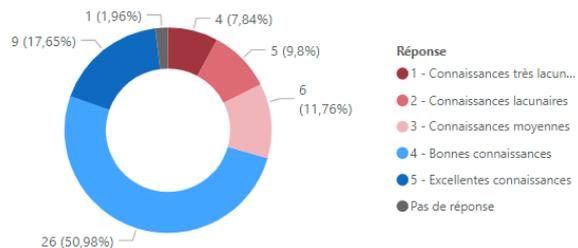
.....  
.....  
.....  
.....

## Annexe XII: Résultats questionnaire Patients cours « Manger de bon cœur » (51 patients)

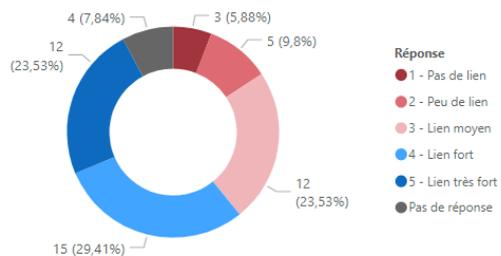
1. Estimation consommation quotidienne de sel



2. Connaissances des maladies favorisées par la consommation excessive de sel



3. Estimation degré du lien entre consommation de sel et IC



4. Connaissances des aliments riches en sel

