

SANTE PUBLIQUE

LA REINSERTION ET LA READAPTATION DES PATIENTS APRES UN INFARCTUS DU MYOCARDE

IFSI DE MEAUX
1ere ANNEE
PROMOTION 2005-2008

Groupe 1

BAPTISTE, Audrey
BOURGEOIS, Sophie
DAUPHIN, Marion
GERARD, Delphine
MARLOT, Marie
PETIT, Nathalie
PLUVIER, Gauthier

Groupe 2

CALEIRO TAVARES da SILVA, Victor
CAUX, Rafaële
DESVAUX de MARIGNY, Frédéric
DUMAS, Jean Sébastien
FERREIRA, Sandra
GIRAUD, Sylvie
IRAGUE, Lionel
PAINOT, Anne Laure

Juin 2006

Sommaire

Introduction	p 3
1. Présentation du problème	p 4
2. Cadre conceptuel	p 5
3. Le protocole de recherche	p 12
• Hypothèse 1	p 12
• Hypothèse 2	p 14
4. Hypothèse 1	p 16
• Résultats de la recherche	p 16
• Cadre de la discussion	p 19
5. Hypothèse 2	p 21
• Résultats de la recherche	p 21
• Cadre de la discussion	p 26
Conclusion.....	p 25
Bibliographie.....	p 26
Annexe	p 31
Questionnaires hypothèse 1	p 32
Questionnaires hypothèse 2.....	p 35

Introduction

En France, les maladies cardio-vasculaires représentent la première cause de mortalité avec 180 000 décès par an. L'infarctus du myocarde (IDM) est une cardiopathie caractérisée par l'apparition d'une zone de nécrose myocardique, suite à une ischémie coronarienne prolongée.

L'IDM représente 100 000 cas dont près de 50% de décès selon des chiffres de la fédération française de cardiologie datant de 2004.

Cette pathologie, problème de santé publique majeur, est favorisée par **des facteurs de risques cardio-vasculaires** tels que *Hypertension artérielle, tabac, alcool, stress, sédentarité, mauvaises habitudes alimentaires*. Une grande partie de ceux-ci peuvent être limités grâce à **la prévention secondaire** (*Correction des facteurs de risques*) et ainsi réduire le taux de récurrence et les coûts engendrés par l'IDM.

La **réadaptation** d'un patient en post IDM, *regroupe l'ensemble des moyens médicaux, physiques, psychologiques et sociaux qui permettent à un patient cardiaque de réintégrer par ses propres moyens et aussi rapidement que possible une place normale dans la société*. Celle-ci, commence dès son admission en service de cardiologie et peut se poursuivre ensuite dans un **centre de rééducation cardiaque**, dans le but de faciliter **une réinsertion** socioprofessionnelle, *c'est le retour d'une personne dans un cadre de vie qui lui permet de retrouver une certaine qualité de vie*. Cependant la réadaptation et la réinsertion nécessitent des efforts qui s'inscrivent dans la durée de la part du patient et avec le soutien de ses proches.

1. Présentation du problème

L'évolution de la maladie coronarienne s'est considérablement améliorée depuis 20 ans grâce à des progrès importants réalisés dans les traitements médicamenteux, instrumentaux et chirurgicaux.

Ces progrès ont également eu des répercussions importantes dans le traitement de l'IDM.

En 20 ans, la mortalité en phase aiguë de l'IDM a ainsi été diminuée de moitié.

Après la phase aiguë de l'IDM, le risque de décès varie largement en fonction de la rapidité de prise en charge en USIC après l'IDM, de l'étendue des coronaires obstruées, de l'âge et du sexe du patient, de la persistance des facteurs de risques, de la qualité de la contraction du muscle cardiaque...

Il faut souligner que ce risque est considérablement diminué par la prévention secondaire mise en place après l'infarctus. Résumée sous le sigle des 3 R (Récupération, Réadaptation, et Réinsertion) c'est-à-dire par la correction des facteurs de risques cardio-vasculaires, notamment une meilleure hygiène de vie (arrêt du tabagisme, pratique d'un sport de façon régulière, hygiène alimentaire...), la prise d'un traitement médicamenteux adapté et par les techniques de revascularisation (angioplastie coronaire et pontage coronarien).

Certains facteurs de risques peuvent être maîtrisés après la phase aiguë. Encore faut-il que le patient soit motivé. Pour ce faire, l'éducation et le soutien des patients sont nécessaires. Il faut donc élaborer une démarche commune cohérente avec tous les acteurs de santé concernés (hospitaliers ou extrahospitaliers, cardiologues ou psychologues, infirmières éducatrices, diététiciennes, assistantes sociales ou encore kinésithérapeutes) et le patient. Chaque démarche doit être personnalisée au vu du passé médical et des capacités de participation de la personne. Le patient doit s'inscrire dans un processus d'autoévaluation,

2. Cadre conceptuel

Epidémiologie :

1 français sur 10 meurt d'infarctus du myocarde (1 sur 5 après 65 ans). L'infarctus affecte en France plus de 100 000 personnes par an. Il provoque chaque année 70 000 hospitalisation et près de 50 000 décès. Il peut entraîner des complications durables telles que les troubles du rythme et l'insuffisance cardiaque. (La Fédération Française de Cardiologie, 2004)

Problème de santé publique :

En France, les maladies cardio-vasculaires représentent encore le tiers des causes de décès. Elles sont aussi à l'origine de nombreux arrêts de travail, d'invalidités durables, et engendrent des soins longs et coûteux. La lutte contre les maladies cardio-vasculaires est un enjeu de taille, un enjeu humain, un enjeu social et économique. (La Fédération Française de Cardiologie, 2004)

Politique de santé :

Face à ce problème, depuis plusieurs mois, le ministère chargé de la santé a construit à travers ses divers programmes d'action une politique de santé qui intègre prévention, éducation thérapeutique et prise en charge des malades chroniques, dans le cadre d'un programme national de réduction des risques cardiovasculaires 2002-2005.

* « Après l'accident coronaire ...redémarrez ! » Association française de cardiologie

Différentes étapes que va rencontrer un patient après un IDM : de la récupération à la réadaptation, et à la réinsertion. (Règle des 3R)

Pour la motivation, une aide semble nécessaire dans l'environnement proche du patient. Malgré l'existence d'associations qui ont pour but d'aider les patients dans ce domaine par exemple, comme la fédération française de cardiologie reconnue d'utilité publique depuis 1977 (300 cardiologues bénévoles, 25 salariés à la délégation nationale, 27 associations de cardiologie régionales, 172 clubs cœur et santé, 1200 bénévoles, et 6500 participants aux activités dites de phase III : réadaptation), la présence et le rôle de la famille ou des amis semblent primordiaux.

L'accent est mis sur le tps nécessaire à une réadaptation et une réinsertion, nécessité d'être patient et de fournir des efforts qui s'inscrivent dans la durée.

- « le défi de l'activité physique après une maladie coronarienne » 2004

Importance de la régularité de l'activité physique qui réduit considérablement les risques cardiaques et est très importante chez les patients atteints d'une telle maladie.

- « Vaincre l'infarctus : mieux l'éviter »

La réadaptation demande du temps car elle doit être progressive pour une meilleure réinsertion sociale et la reprise d'une vie normale.

- article médical extrait du site www.e-cardiologie.com , daté du 19 /04 /02

Un infarctus du myocarde arrive subitement et bouleverse le quotidien.

Il faut se réadapter à un nouveau mode de vie : manger plus équilibré, arrêter le tabac, faire plus de sport, se faire suivre par un cardiologue, ... Mais il faut effectuer ces changements progressivement afin que tout se passe au mieux, sans stress ni rechute.

- article élaboré par la Fondation Suisse de Cardiologie

Une bonne prise en charge passe par le choix du type de réadaptation : en ambulatoire ou en établissement de cure

Importance de l'acceptation de certaines règles de vie : s'inscrire dans un processus d'autoévaluation, suivre les régimes alimentaires, motivation, arrêt total du tabac, suivre son traitement. La réadaptation exige une collaboration active du patient pour une pleine et entière réussite.

En moyenne, 85% des personnes qui ont fait un infarctus du myocarde sans complications reprennent leurs activités antérieures (activité sexuelle, sport, loisirs, travail)

** Infarctus du myocarde :*

C'est une cardiopathie caractérisée par l'apparition d'une zone de nécrose myocardique suite à une ischémie coronarienne prolongée.

** Les facteurs de risques :*

Le terrain typique de l'IDM est l'homme dans 75 % des cas, d'âge supérieur à 40 ans, qui présentent des facteurs de risques cardiovasculaires :

- HTA mal traitée
- Hypercholestérolémie mal traitée
- Diabète
- Tabagisme
- Obésité

Il ne faut pas négliger le rôle important de l'hérédité, ainsi que certains facteurs de personnalité (caractère perfectionniste, stressée, agressivité) complètent le tableau.

** La réadaptation cardiaque :*

Il s'agit de toutes les mesures mises en œuvre après un accident cardiaque vasculaire ou une intervention chirurgicale, pour favoriser le retour du patient à une vie sociale, familiale et professionnelle la plus proche de la normale.

Elle inclut trois étapes :

- 1^{ère} phase la récupération

Assurer lors du séjour en unité de soins intensifs coronariens, avec intervention chirurgicale, médicaments, soins et surveillances.

- 2^{ème} phase la réadaptation

Hospitalisation après la phase aiguë et lors d'un séjour en centre de réadaptation cardiaque.

- 3^{ème} phase la réinsertion

C'est le retour à la vie familiale, sociale et professionnelle.

La mission principale de la réadaptation cardiaque est d'assurer la réadaptation des patients avec d'une part un ré-entraînement à l'effort afin de limiter les séquelles et les symptômes de la maladie cardiaque et d'autre part l'éducation à la prévention et prise en charge psychologique, puis enfin une aide à la réinsertion sociale.

Accompagner les patients sur la voie de l'observance

(revue soin supplément n°703 03/06)

La mauvaise observance de traitements ou de mesures d'hygiène de vie est une situation très souvent rencontrée chez les patients, plusieurs études sont parues à ce sujet, abordant ses conséquences sur l'évolution de la maladie et la mortalité.

Parmi les solutions préconisées et déjà mis en œuvre, l'éducation des patients par les infirmières, dans les moyens d'aide, figure un nouveau concept, le «coaching santé».

L'OMS rapporte que de nombreuses études ont montré qu'environ 50% des patients souffrants de maladie chroniques ont une mauvaise observance ;

Plus de 200 facteurs influençant l'observance ont été identifiés.

Quelques facteurs favorisant la mauvaise observance :

- la durée du traitement,
- la symptomatologie,
- l'âge
- le nombre de prises quotidiennes,
- la poly-médication,
- la dépression,
- la dysfonction érectile.

Aider les patients à être observants :

Pour aider les patients à adhérer à leur traitement quelques moyens pratiques sont à mettre en œuvre, ils comprennent :

- un traitement simplifié,
- des instructions claires,
- le rappel des rendez-vous au patient,
- l'importance de l'adhésion au traitement,
- la recherche de l'aide de l'entourage proche,
- la négociation de priorités avec le patient, l'établissement d'un support éducationnel de suivi et/ou psychologique avec d'autres professionnels de santé (éducateurs médico-sportif, kinésithérapeute, infirmier, diététicien, psychologues...), lorsque c'est possible.

Le « coaching santé »

Le concept de « coaching santé » (accompagner, épaulé, aidé) se développe et repose sur la mise en œuvre d'un soutien individuel pour accompagner une personne ou un groupe d'individus afin de la aider à développer leur potentiel et améliorer leurs performances.

L'observance

C'est le respect par le malade d'une prescription ou d'un régime. Renvoie à la notion de patient plus actif, libre et concerné, capable d'utiliser ses ressources et son fonctionnement propre

L'observance d'une bonne hygiène de vie :

C'est la capacité d'un patient à maintenir dans le temps des habitudes de vie plus saines, l'observance sur le long terme dépend essentiellement des motivations qui ont poussées le patient à changer son mode de vie.

Adopter une meilleure hygiène de vie :

- lutter contre la sédentarité, il n'est pas nécessaire d'avoir une pratique intensive, tout simplement marcher quelques dizaines de minutes chaque jour est bénéfique pour la santé ;
- arrêter ou diminuer le tabac ;
- Réduire sa consommation d'alcool si elle dépasse 2 à 3 verres par jour ;
- avoir un meilleur équilibre nutritionnel, une consommation variée sans excès avec le plus possible de fruits et légumes verts et le moins de graisses saturées ;
- lutter contre le surpoids ;
- soigner correctement son HTA ou son diabète

L'éducation thérapeutique

(revue soin supplément au n°702 01-02/06)

Selon l'OMS, elle consiste à aider le patient à acquérir et conserver les capacités et les compétences lui permettant une gestion optimale de sa vie avec sa maladie. Il s'agit d'un processus continu, intégré aux soins, et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles, et les comportements de santé et de maladie. Ces activités d'éducation sont destinées à aider les patients et leurs familles et/ou leur entourage à comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge l'état de santé et conserver et/ou améliorer la qualité de vie.

L'éducation thérapeutique améliore la prise en charge de la maladie par le patient lui-même.

Il se trouve intégré dans les soins prodigués, participe et se voit donc impliqué dans son auto-surveillance. Il devient ainsi acteur dans la prise en charge de sa maladie, et pourra notamment éviter la dégradation de sa qualité de vie.

L'éducation thérapeutique constitue une nouvelle approche des soins pour les soignants.

Cette nouvelle approche du soin incluant le patient en tant qu'acteur dans le concept d'éducation thérapeutique fait jouer un nouveau rôle au soignant ; ainsi se développe un partenariat avec le patient. Cette relation s'affine au fil du temps, permettant une meilleure évaluation des besoins éducatifs, qui facilite de fait son apprentissage. Le soignant ayant ciblé au mieux ces besoins, il effectuera une meilleure prise en charge du patient.

Le rôle d'éducation de l'infirmière :

C'est en exploitant le savoir, le savoir-être et le savoir-faire du patient que l'infirmière pourra modifier le comportement de ce dernier au quotidien, et lui permettra l'acquisition d'une autonomie dans le but de préserver sa qualité de vie.

Énoncé du problème de base

**En quoi la prise en charge globale, *intra hospitalière et extrahospitalière*
va-t-elle avoir un impact sur le devenir à long terme,
d'un patient ayant été victime d'un Infarctus du Myocarde?**

Deux hypothèses ont été posées à partir de cette question :

1^{ère} hypothèse :

Un service de cardiologie permet une **prise en charge efficiente**, réduisant ainsi le risque de récurrence d'IDM.

2^{ème} hypothèse :

La prise en charge d'un patient dans un centre de réadaptation favorise **l'observance d'une hygiène de vie**, et diminue ainsi le risque de récurrence d'IDM.

3. Protocole de recherche

Hypothèse 1 : Un service de cardiologie permet une prise en charge efficiente, réduisant ainsi le risque de récurrence d'Infarctus du Myocarde.

Nous avons élaboré deux questionnaires :

- un questionnaire destiné aux patients victimes d'IDM reçus dans le service,
- un questionnaire destiné au personnel soignant.

Les questionnaires sont à la fois quantitatifs et qualitatifs car nous pensons avoir des réponses plus précises. (*Annexe*)

Ils ont pour objectif de connaître les moyens mis en place dans la prévention tertiaire de l'IDM à l'hôpital.

Nous avons choisi au départ de distribuer les questionnaires dans deux services de cardiologie, celui de l'hôpital de Meaux, et celui de l'hôpital de Lagny, ceci afin d'analyser un plus grand nombre de réponses, pour en ressortir une vision plus générale du sujet. L'hôpital de Lagny a refusé de participer à notre enquête, nous avons donc décidé de nous concentrer sur l'hôpital de Meaux.

Nous avons rencontré quelques difficultés concernant le retour des questionnaires patients et soignants, nous allons donc vous présenter notre démarche d'enquête depuis le départ:

Nous avons tout d'abord eu un entretien téléphonique avec un des cadres du service, afin de l'informer de notre démarche, et de convenir d'un rendez-vous pour leur présenter nos questionnaires. Le jour venu, les cadres étaient absents. De ce fait, nous sommes retournées dans le service le jour même afin de déposer des lettres à l'intention des cadres, accompagnées des deux types de questionnaires, et afin de distribuer les questionnaires à l'équipe soignante.

Nous sommes repassés plusieurs fois dans le service pour suivre l'évolution, les équipes nous ont dit qu'elles n'avaient pas été informées, et la fois suivante les questionnaires avaient même été égarés. Au premier rendu du travail, nous n'avions donc que 3 questionnaires pour l'équipe soignante.

Nous avons réfléchi au problème et nous en avons conclu qu'il serait plus facile pour l'équipe d'avoir un support "visible" pour déposer les questionnaires, nous avons donc confectionné une urne pour recueillir les questionnaires. Ainsi nous avons pu recueillir 6 questionnaires soignants supplémentaires.

Mais malgré tout cela, un seul questionnaire destiné aux patients nous est revenu, ceci est dû en partie au fait que peu de patients victime d'IDM sont hospitalisés à l'hôpital de Meaux.

Cela ne suffit pas pour faire une analyse, on peut simplement constater que dans le cas de ce patient, les informations lui ont été données mais elles n'ont pas eu l'impact attendu. Selon lui :

« c'est pas en changeant du jour au lendemain que ça éliminera le risque, même si ça le diminue ».

En ce qui concerne les moyens, nous avons distribué 15 questionnaires de chaque type, répartis entre l'unité de soins intensifs et l'unité d'hospitalisation. Nous avons choisi de ne pas questionner nous-même les patients car ce type de pathologie n'est pas fréquent dans l'hôpital de Meaux, nous ne pouvions donc anticiper ce genre d'hospitalisation, et nous voulions que ce questionnaire soit anonyme pour que les réponses soient le plus honnête possible. C'est également pour cette raison que nous avons choisi de ne pas effectuer d'entretiens avec le personnel soignant.

Protocole de recherche

Hypothèse 2 : La prise en charge d'un patient dans un centre de réadaptation favorise l'observance d'une hygiène de vie, et diminue donc le risque de récurrence d'Infarctus du Myocarde.

On note en France l'existence d'associations qui ont pour but d'aider les patients post IDM, comme la fédération française de cardiologie reconnue d'utilité publique depuis 1977 (300 cardiologues bénévoles, 25 salariés à la délégation nationale, 27 associations de cardiologie régionales, 172 clubs cœur et santé, 1200 bénévoles, et 6500 participants aux activités dites de phase III : réadaptation)

Le thème de ce TD santé publique étant la réadaptation et la réinsertion des patients après un IDM, la population concernée par l'enquête est d'une part les personnes victimes d'un infarctus du myocarde, hommes et femmes, de tout âge, avec des situations familiales et professionnelles variées, actuellement en réadaptation, après avoir été soignées dans un service de cardiologie et d'autre part le personnel soignant de cet établissement.

Pour le choix des patients nous les avons sélectionnés uniquement sur le critère post IDM afin d'avoir un grand nombre de participants à l'enquête.

En ce qui concerne les soignants nous avons interrogés le personnel d'un service AS IDE, afin d'avoir des profils différents et de connaître s'ils bénéficiaient de formations spécifiques ; enfin la cadre du service pour avoir de plus amples renseignements sur la structure et son fonctionnement

Le centre choisi : Les Grands Près, Centre de Réadaptation Cardiaque de la Brie, situé à Villeneuve Saint Denis en Seine et Marne. C'est une clinique privée récente à but lucratif traite ses patients en cure et en ambulatoire.

Les patients sélectionnés sont au nombre de huit et les soignants au nombre de six

Les objectifs que nous nous sommes fixés sont :

- connaître les informations transmises aux patients sur la pathologie, les facteurs de risque, les traitements, l'hygiène de vie et le risque de récurrence,
- connaître les moyens mis en place pour prévenir les récurrences d'IDM

Notre travail de recherche se base autour d'un questionnaire de type quantitatif et qualitatif contenant des questions ouvertes et fermées.

Deux questionnaires ont été réalisés :

- un pour les soignants traitant de la structure en elle-même (nombre de lits et répartition, matériel à disposition et activités proposée, et la formation des soignants,

- l'autre destiné aux patients sur leur profil (age et sexe, situation familiale et professionnelle), leur prise en charge post IDM (hygiène alimentaire...).

Après avoir pris rendez vous avec le Cadre du Service, deux étudiants ont interrogé 4 patients. D'autres questionnaires ont été déposés et quatre ont été remplis par la suite et retransmis par la poste. Les statistiques pour les patients porteront donc sur 8 questionnaires. Deux autres étudiants sont allés à la rencontre de 6 soignants (AS - IDE) dans le centre afin de les interroger.

4. Hypothèse 1

4.1 Les Résultats de la recherche

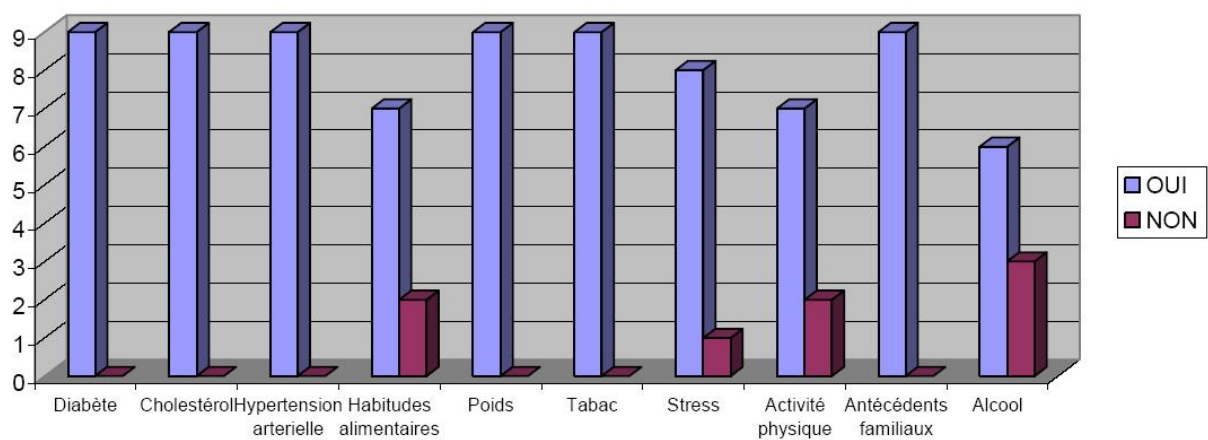
Nous allons donc vous présenter et analyser les résultats des questionnaires remplis par 9 infirmières.

- Données brutes :

Question 1) : 9 infirmières

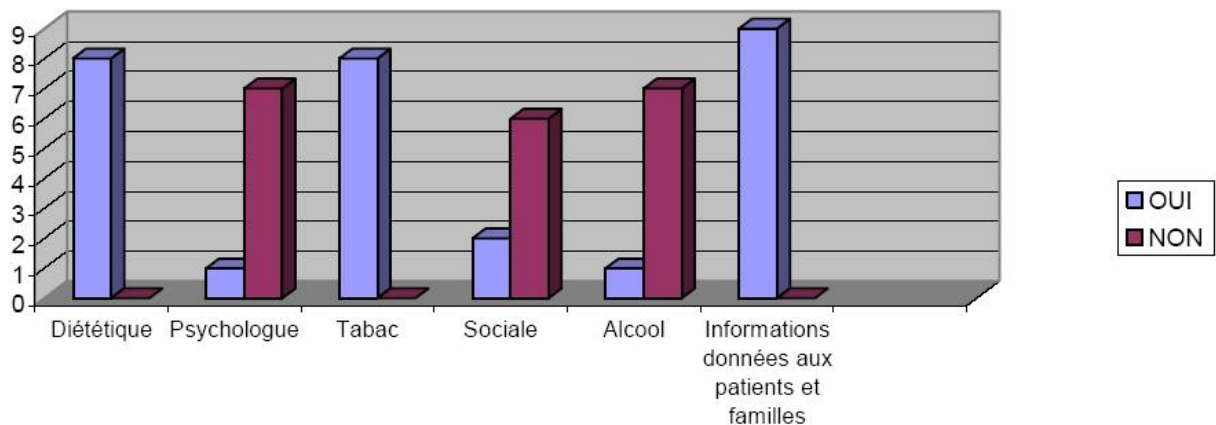
Question 2) :

Bilans effectués auprès des patients victimes d'un IDM



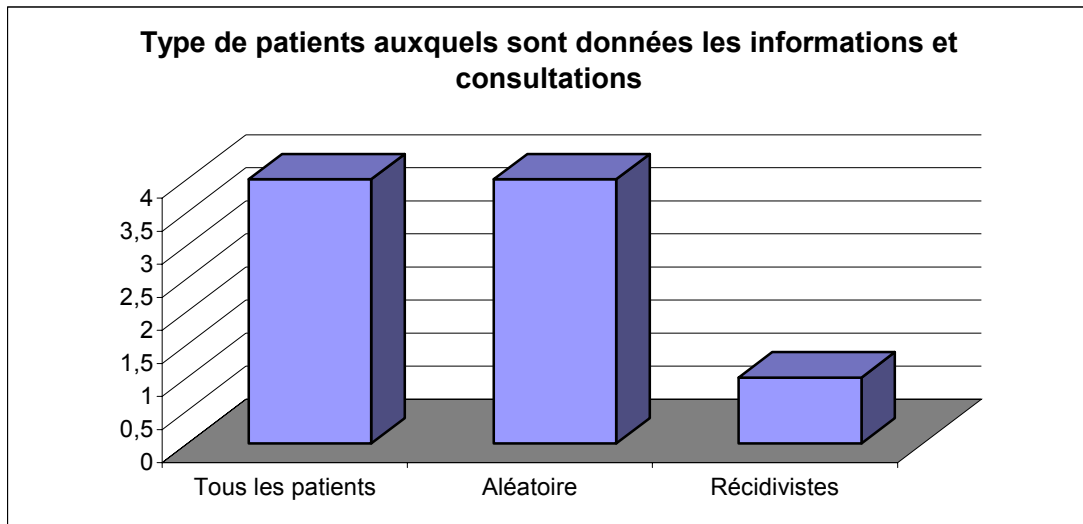
Question 3) :

Consultations et informations mises en place suite aux bilans



- ⇒ Une infirmière répond que « cela dépend des facteurs de risque »
- ⇒ Ces informations et ces consultations sont mises en place par « toute l'équipe »

Question 4) :

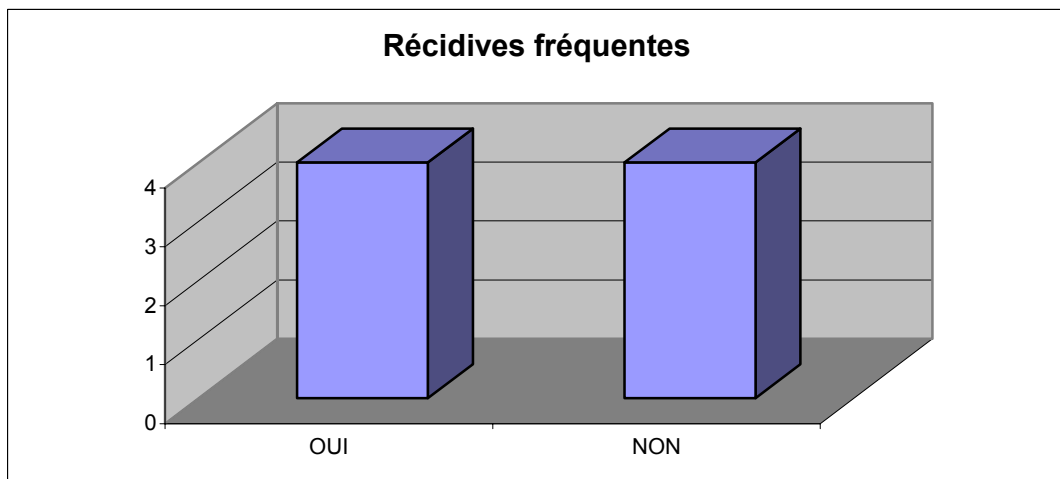


Question 5) :

Consultations et informations manquantes

- ⇒ 1 infirmière répond que ces consultations et informations ne sont pas données « car cela dépend des antécédents que présente les patients » .
- ⇒ 2 infirmières répondent que celle-ci « peuvent être refusées par le patient » .
- ⇒ 2 infirmières répondent que « dans le service il n'est traité que la phase aigue de l'IDM car il faut d'abord traiter la crise et le risque vital »
- ⇒ 2 infirmières répondent que ces consultations sont mises en place « qu'au retour de la coronarographie effectuée à Lagny »
- ⇒ 1 infirmière répond que « pour les consultations en psychologie et alcoologie sont parfois faites à l'extérieur »

Question 6) :



Type de patient risquant la récurrence de l'IDM

Il a été indiqué :

- ⇒ 1 fois que se sont les « personnes en surpoids », les personnes « avec des facteurs de risques », et « tout type de patient »
- ⇒ 2 fois que se sont « les diabétiques, les personnes n'ayant pas suivi leur régime et continuant le tabac », les « personnes âgées : plus de 80 ans », et des « personnes de plus en plus jeunes qui fument et ne surveillent pas leur alimentation ».

Question 7) :

Le suivi mis en place après l'hospitalisation

Nous avons obtenue :

- ⇒ 4 fois la « convalescence dans des centres de réadaptation »
- ⇒ 3 fois que « les patients peuvent être transférés à l'hôpital de Lagny lorsqu'il doivent subir une ou plusieurs dilatations »
- ⇒ 3 fois « qu'il y a des consultations avec le cardiologue du service »
- ⇒ 2 fois que « les consultations pour le tabac, de diététique et alcoologie sont mis en place, au bon vouloir du patient et de sa disponibilité »
- ⇒ 2 fois que « le suivi peut être fait par le médecin traitant »
- ⇒

Question 8) :

Impact du personnel sur la prévention du risque de récurrences

En ce qui concerne l'impact que pensent avoir les infirmières sur cette prévention :

- ⇒ 4 pensent avoir un « rôle dans l'éducation important »
- ⇒ 1 pense que « cela dépend de la volonté et de la compréhension du patient »
- ⇒ 1 pense que « les patients n'écoutent pas toujours »
- ⇒ 1 pense « qu'il faut être pédagogue car tout dépend de la manière dont le patient reçoit ce qu'on lui dit »
- ⇒ 1 pense avoir « peu d'impact »

Question 9) :

Souhaits du personnel pour une meilleure prise en charge

- ⇒ 2 pensent « qu'il faudrait mettre en place une prise en charge propre à chaque patient »
- ⇒ 1 pense « qu'il faut un soutien psychologique, avoir plus de temps pour écouter et connaître les besoins du patient »
- ⇒ 1 pense « qu'il faut créer un pôle éducatif tel que « les alcooliques anonymes » »
- ⇒ 1 pense qu'il faut « mettre en place des consultations de cardiologie gratuites »

Analyse des réponses

A la vue générale des données brutes, une grande majorité des bilans biologiques ou liés aux habitudes de vie, sont effectués systématiquement.

Il y a donc une bonne recherche des étiologies de l'IDM. On peut nuancer en disant que certains bilans ne peuvent pas être pris en compte objectivement, notamment le stress, l'activité physique et les habitudes alimentaires (dépendant de la subjectivité de chacun).

Le bilan concernant la consommation d'alcool est très difficile, car en l'absence de signes cliniques (signe de manque pré Delirium Tremens), il est très rare de voir un patient révéler son alcoolisme spontanément, ce sujet étant tabou dans notre société.

A l'issue des bilans, les consultations sont mises en place systématiquement avec la

diététicienne, le tabacologue et des informations données au patient et à la famille.

La prise en charge psychologique et sociale est, elle, quasi inexistante.

En ce qui concerne l'alcool, la prise en charge en consultation est très limitée.

Il existe une corrélation entre les bilans effectués et les consultations mises en place.

Les informations et consultations sont apportées à l'ensemble des patients, et non pas réservées aux patients récidivistes. En ce qui concerne les consultations qui ne sont pas mises en place, cela peut être pour diverses raisons...

La fréquence des récidives provoque un avis très mitigés, les récidives ont lieu à plus ou moins long terme. De plus « fréquent » est un terme qui dépend de la subjectivité de chacun.

Les patients touchés par les récidives sont ceux qui présentent toujours des facteurs de risque, que ce soit dû à une non observance ou à des facteurs non modifiables (ex : l'âge).

Le principal suivi mis en place après l'hospitalisation est la convalescence dans des centres de réadaptation.

Il est également fréquent que les patients soient transférés à l'hôpital de Lagny pour subir des dilatations, traitement chirurgical qui ne peut être effectué sur Meaux.

Ils peuvent aussi être suivis par le cardiologue du service, et par les autres, un suivi en ville peut être mis en place, avec leur médecin traitant, ou des psychologues, tabacologue et diététicienne.

Le rôle de l'ide dans la prévention du risque de récurrence est essentiellement éducatif, et l'impact varie selon la volonté, l'écoute et la compréhension des patients. Il faut qu'il y ait une prise de conscience de la part du patient, sans quoi il n'y a pas d'impact.

Les souhaits du personnels pour une meilleure prise en charge sont : une individualisation de la prise en charge avec une prise en charge psychologique importante. Eventuellement la création d'un pôle éducatif, ou de consultation de cardiologie gratuite.

4.2 Cadre de la discussion

Le rôle éducatif et informatif est bien mis en place en service durant l'hospitalisation pour

les patients victimes d'un IDM. L'impact qui en ressort est limité par l'état de choc post IDM et le grand nombre d'informations donné en un temps réduit. On peut imaginer que ces informations seraient mieux reçues et assimilés avec un certain recul. Cela peut être le cas par exemple pour les patients dirigés vers des centres de réadaptation, mais ces centres ne sont pas accessibles à tous, cela dépend de l'étendue du territoire myocardique touché.

La mauvaise interprétation et la non observance des consignes délivrés à l'hôpital est associé au fait que le suivi ne peut pas être approfondi (écoute, connaître le patient) car la prise en charge est surtout axée sur le risque vital et la prise en charge de la phase aiguë. Cela peut avoir une influence notable sur la non réduction du taux de récurrence.

Mais malgré la prise en charge effectuée à l'hôpital, le taux de récurrence reste important, et donc un problème majeur de santé publique, ce qui laisse penser que cette prise en charge reste limitée dans les domaines psycho-socio-culturels.

L'hypothèse du départ qui était de savoir si un service de cardiologie permet de mettre en œuvre une prise en charge efficace, permettant ainsi une réduction du taux de récurrence de l'IDM ne peut donc être totalement vérifiée.

5. Hypothèse 2

5.1 Les résultats de la recherche

Concernant la formation du personnel :

5 soignants sur 6 ont suivi une formation initiale de cardiologie.

5 soignants sur 6 ont suivi une formation spécifique continue en interne initiée par les médecins du centre.

La composition du personnel de l'établissement nous a été donné par la cadre du service.

Concernant la répartition des lits en fonction des pathologies :

Le centre dispose de 73 lits, 15 lits ambulatoires et 15 lits IDM les autres étant pour d'autres pathologies cardiaques.

22% des lits sont occupés par des patients en post-infarctus du myocarde.

Tableaux récapitulatifs

	Personnel	Formation Spécifique Initiale de Cardiologie		Formation Spécifique Continue	
		oui	non	oui	non
AS	6	2		2	
IDE	14	3	1	3	1
KINE	5				
PSYCHOLOGUE	1				
DIETETICIENNE	1				
PROF YOGA	1				
CADRE	1				
MEDECIN	3				
TOTAL	32	5	1	5	1

Nombre Total de Lits	Ambulatoire	Lits autres pathologies	Lits pour les IDM
73	15	53	15

A la question y a-t-il une infirmière référente par patient ?

Il nous a été répondu que non parce que le service ne comprend que 2 infirmières qui se relaient pour assurée une prise en charge individualisée des patients.

Activités et moyens mis en place au centre de réadaptation

Les activités spécifiques de réadaptation pour un patient en post IDM sont : vélo et tapis

Les autres activités proposées sont : la yoga, la marche, la relaxation et la piscine.

Des séminaires sur le diabète, les anti-coagulants, régime alimentaire, les facteurs de risque et sur les différentes pathologies sont organisés pour les patients.

A la suite de ses séminaires des questionnaires sont remis aux patients afin d'évaluer leur compréhension sur les différents sujets et de pourvoir par la suite apporter une information complémentaire si nécessaire

La durée du séjour du patient est de 21 jours (durée de séjour prise en charge par la sécurité sociale).

La question des antidépresseurs sont-ils prescrits ? réponse oui parfois

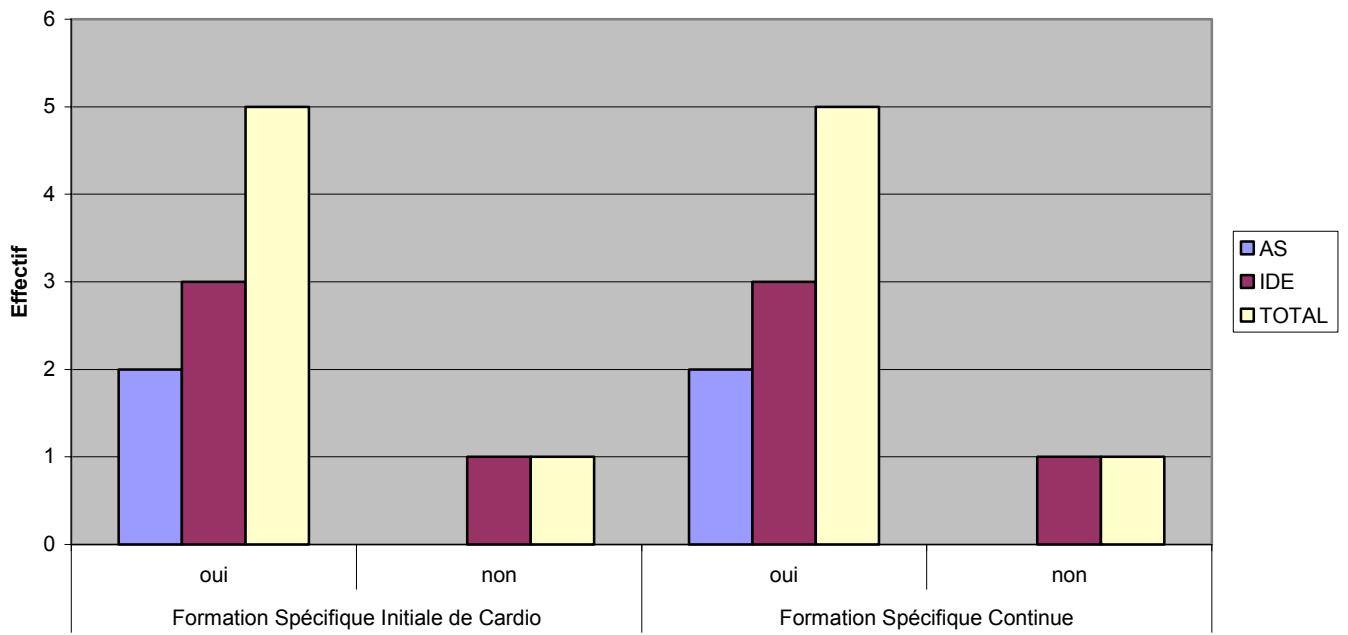
La survenue d'un IDM constitue dans l'existence de la personne un moment de bascule à partir duquel plus rien ne peut être comme avant, cet événement est parfois suivi d'une période d'anxiété, voire de dépression. Dans quelques cas, il peut être alors prescrit des antidépresseurs, pour une période déterminée.

Question la famille est-elle reçue en entretien ? réponse parfois

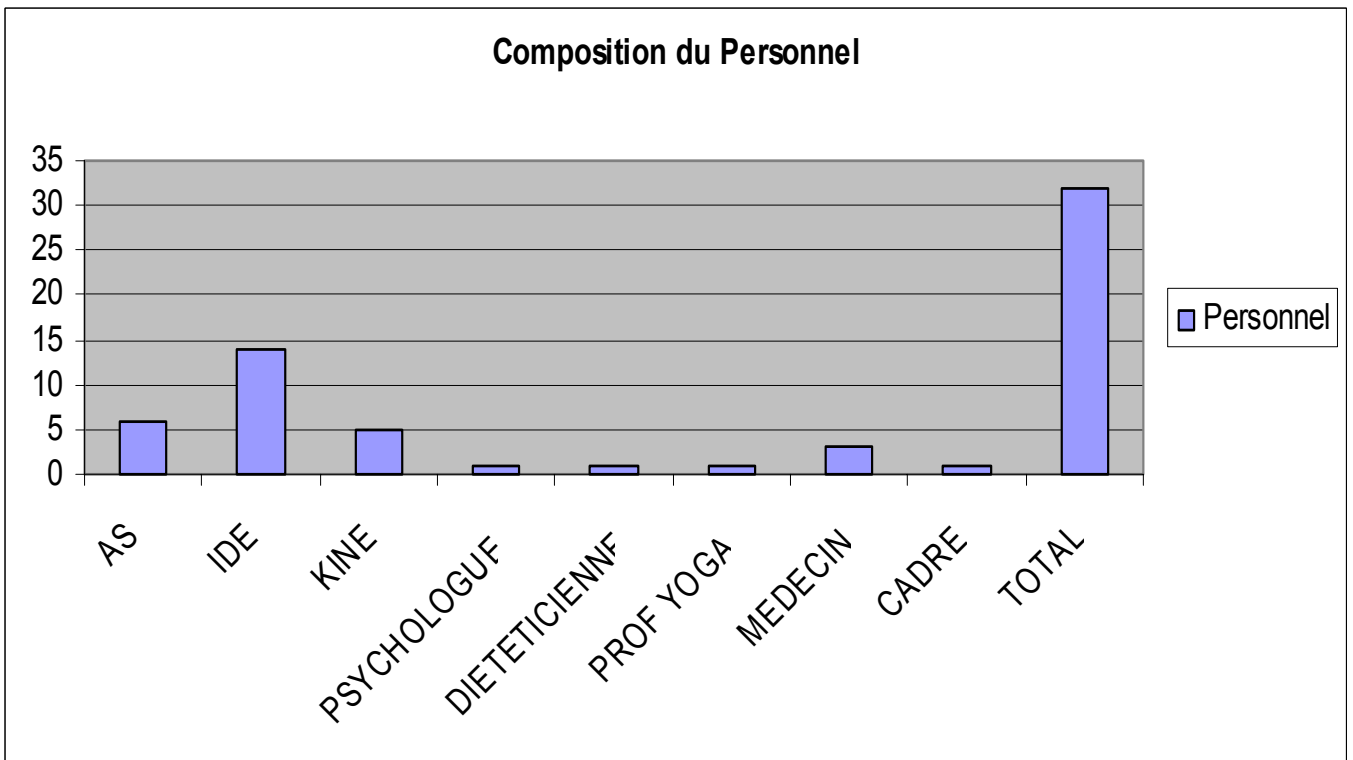
A la demande du patient ou de sa famille, cette dernière peut être reçue en entretien (avec l'infirmière ou le médecin), en effet l'implication des proches (conjoint) est très importante, afin qu'elle puissent être un soutien pour le patient et l'encourager dans l'observance pour les traitements sa nouvelle hygiène de vie.

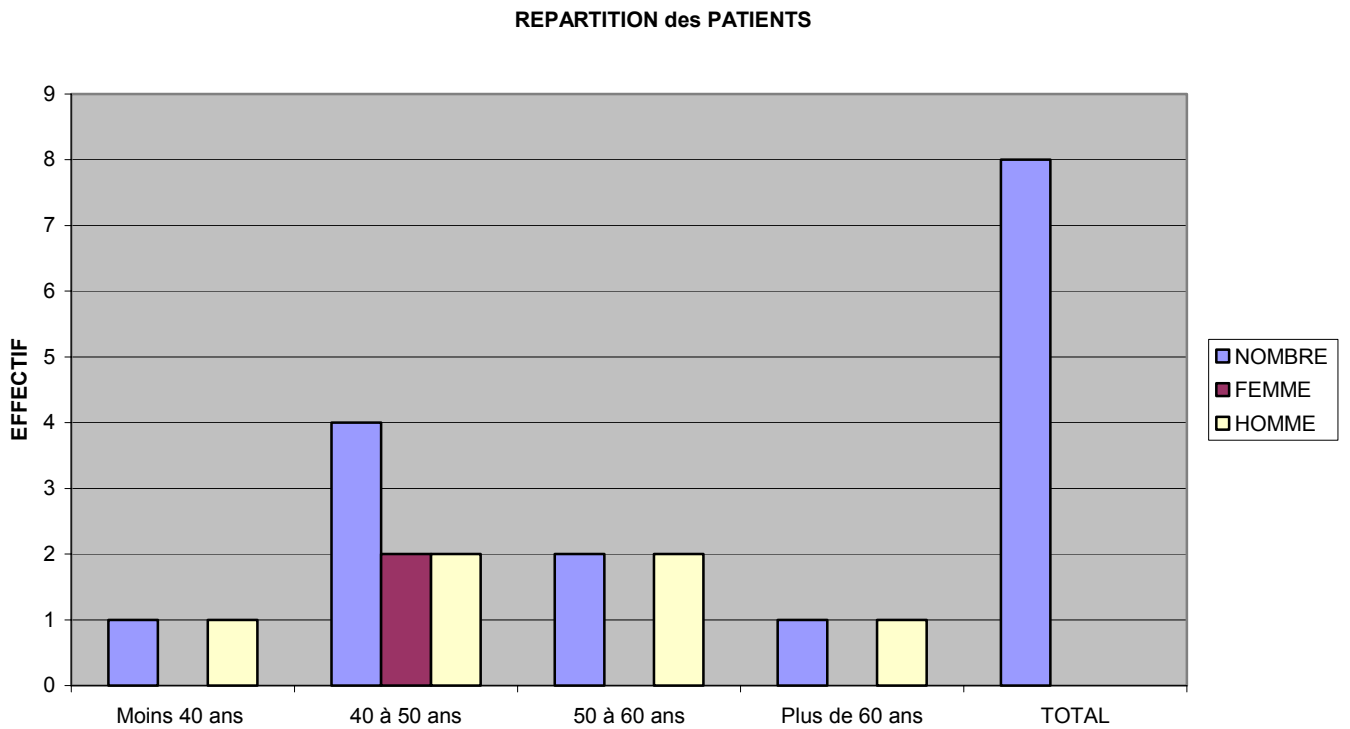
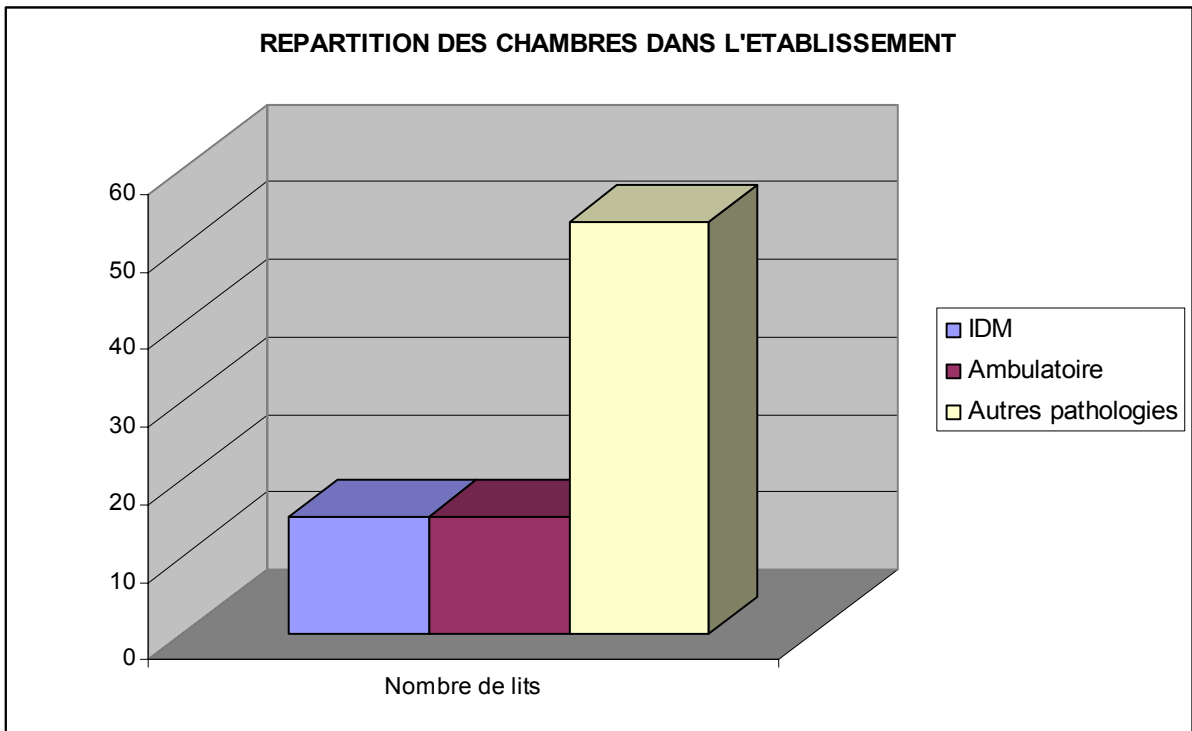
Parmi les patients ayant subi un infarctus du myocarde, on compte une majorité d'hommes avec une moyenne d'âge de 47 ans. Les personnes les plus touchées se situant dans la tranche 40-50 ans.

FORMATION au PERSONNEL SOIGNANT

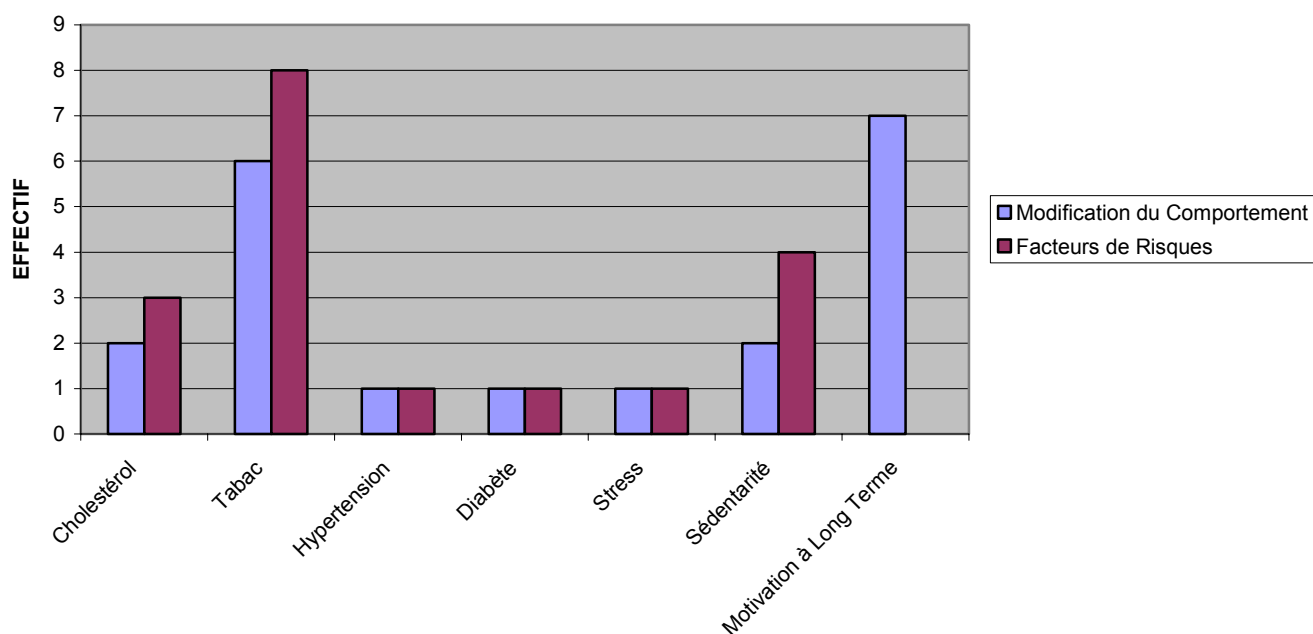


Composition du Personnel





FACTEURS de RISQUES et MOTIVATION



P

Population des patients

	NOMBRE	FEMME	HOMME
Moins 40 ans	1		1
40 à 50 ans	4	2	2
50 à 60 ans	2		2
Plus de 60 ans	1		1
TOTAL	8	2	6

Nous avons constaté que 50% d'entre eux pratiquaient une activité physique auparavant et qu'ils avaient très peu d'antécédent d'infarctus du myocarde.

Suite à leur séjour en centre de réadaptation, une grande partie des patients a diminué sa consommation en tabac et augmenté l'activité physique par contre peu ont changé leur régime alimentaire malgré qu'ils aient bénéficié de l'intervention d'une diététicienne.

Problèmes liés à l'hygiène de vie

	Modification du Comportement	Facteurs de Risques
Cholestérol	2	3
Tabac	6	8
Hypertension	1	1
Diabète	1	1
Stress	1	1
Sédentarité	2	4
Motivation à Long Terme	7	

En conclusion, 7 patients sur 8 déclarent être motivés pour adopter une bonne hygiène de vie suite à leur séjour au centre de réadaptation.

Leurs motivations principales sont entre autre la prise de conscience « ça n'arrive pas qu'aux autres », « trop jeune pour mourir ».

La famille, les enfants et les proches ont un rôle très important dans cette démarche.

Mais il reste à s'assurer du maintien de ces bonnes résolutions à longs termes.

5.2 Cadre de la discussion

La place de l'infirmière est indiscutable dans l'équipe pluridisciplinaire et celle-ci à un rôle primordial.

Les patients quittent l'unité de soins intensif de cardiologie ou de chirurgie cardiaque très tôt et sont peu informés sur les facteurs de risque, les conduites à tenir et les risques de récurrences. En effet dans ces services l'urgence est souvent vitale et les soins dispensés très technique, les soignants manquent de temps pour l'éducation des patients et leur prise en charge psychologique de plus très souvent les infirmières sont peu formées sur le déroulement et la notion de réadaptation cardiaque. aussi le taux de récurrence est peut être plus important à la sortie de ces services.

L'infirmière en centre de réadaptation cardiaque a un rôle privilégié au côté des patients hospitalisés. Celle-ci est à l'écoute des problèmes exprimés et est plus présente pour répondre aux interrogations du patient. La rééducation est un moment privilégié pour l'information et l'éducation du patient, ce dernier étant plus disponible et réceptif que dans la phase aiguë de l'IDM, de plus le temps de séjour y est plus long (21jours) ce qui permet de développer une meilleure collaboration avec le patient et d'instaurer une relation de confiance.

Pour réussir sa mission l'IDE devra suivre une démarche méthodique reçue lors de ses études ou lors de formations spécialisées en IUT ou en formation continue interne dispensée par le centre de réadaptation.

Cette démarche se déroule comme suit :

- Un recueil de données minutieux établi à l'arrivée du patient
- Une détermination des problèmes avec l'ensemble de l'équipe et le patient
- La pose de diagnostics
- La fixation d'objectifs à court, moyen et long termes
- La mise en place d'actions
- L'évaluation d'atteinte des objectifs et si besoin le réajustement.

Si les moyens nécessaires pour améliorer de façon importante le pronostic en prévention secondaire sont bien connus, ils se heurtent malgré tout à des problèmes d'observance et de conviction chez certains patients.

D'après notre enquête, nous constatons que pour une meilleure observance des traitements et de l'hygiène de vie, il est indispensable d'informer le patient et d'impliquer sa famille et ce dans le but de limiter le taux de récurrence.

Conclusion

Afin de limiter le développement des pathologies cardio-vasculaires, il serait nécessaire en premier lieu de sensibiliser le public par le biais d'une prévention primaire.

Compte tenu de la conjoncture actuelle difficile, on ne peut que se satisfaire de la mise en place de programmes tel que la prise en charge en centre de réadaptation post IDM. Il est évident que la prise en charge la plus précoce dans une structure adaptée, avec du personnel formé et avec la pleine adhésion des patients, ainsi que de la famille est source de réussite.

La réadaptation et la réinsertion induit une réduction de 25 % de la mortalité cardio-vasculaire, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie. (*Revue Infirmière N° 78 – Février 2002*). Cependant, tous les patients sortant d'USIC n'ont pas accès au centre de réadaptation par manque de place, pour des raisons budgétaires aussi, une sélection est faite. Seront privilégiées des personnes actives aux personnes retraitées. Dans le but de pallier au manque de structures et de pouvoir proposer une offre de soins adaptée à tous les patients en post-idm, le modèle anglo-saxon « La réadaptation à domicile » tend à se développer en France et ce, pour différentes raisons : faibles coûts, nombre plus important de personnes pouvant être pris en charge, renforce la motivation et l'éducation sur les facteurs de risques.

Un espoir pour l'avenir réside dans la thérapie cellulaire. Des cellules souches, prélevées dans la moelle osseuse et mise en culture peuvent évoluer en cellules cardiaques. Injectées chez le patient, ces cellules peuvent coloniser la zone nécrosée et réparer les dégâts provoqués par l'IDM. (*CHU liège*)

Bibliographie

- 1- DR PERLEMUTER, K. ; PR MONTALESCOT, G. ; PR BASSAND, J.P.
Infarctus du myocarde. 40 p.
Disponible sur : http://www.paris-ouest.univ-paris5.fr/hebergement/cec_mv/132b.pdf
(consulté le 12 février 2006)
- 2- Houle, J. ; Turbide, G. ; Poirier, P. 2004
Le défi de l'activité physique après une maladie coronarienne
Perspective Infirmière, Novembre/décembre 2004, p. 39-43
- 3- DR ROSSANT, L. ; DR ROSSANT-LUMBROSO, J.
Infarctus du myocarde. 6 p.
Disponible sur :
http://www.doctissimo.fr/html/sante/encyclopedie/sa_835_infarctus_myocar.htm
(Consulté le 20 février 2006)
- 4- GROUPE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Soins de suite et de réadaptation en cardiologie. 22 p.
Disponible sur : <http://www.arhmp.fr/inter/docs%5Cros2004.pdf> (consulté le 20 février 2006)
- 5- FONDATION SUISSE DE CARDIOLOGIE
Infarctus du myocarde – Et ensuite ? 12 p.
Disponible sur : <http://www.prevenion.ch/infarctusdumyocarde.htm> (consulté le 12 février 2006)
- 6- TREMBLAY, M.C.
Infarctus du myocarde. 4 p.
Disponible sur : http://www.servicevie.com/02sante/cle_des_maux/I/maux102.html (consulté le 12 février 2006)
- 7- FEDERATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE
Réadaptation. 1 p.
Disponible sur : http://www.fedecardio.com/maladie_trait_rea/mal_rea.asp (consulté le 11 février 2006)
- 8- DR ROSSANT, L. ; DR ROSSANT-LUMBROSO, J.
Vaincre l'Infarctus : mieux l'éviter
Disponible sur : <http://www.doctissimo.fr/> (consulté le 11 février 2006)
- 9- FEDERATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE
Halte à l'Infarctus
Disponible sur : <http://www.fedecardio.com/infarctus-myocarde.html> (Consulté le 10 Février 2006)
- 10- INFARCTUS DU MYOCARDE. Mise à jour 19 avril 2002
Disponible sur : <http://www.e-cardiologie.com/maladies/ma-infarctmyo.shtml> (consulté le 19 février 2006)
- 11- LA PRISE EN CHARGE D'UN MALADE AU LONG COURS
Disponible sur : <http://www.santea.com> (consulté le 15 février 2006)
- 12- DESMARAIS, A. ; ROBICHAUD, S. (Chercheur, Institut de Cardiologie de Montréal). Sept 2002
Modèle conceptuel McEwen en Réadaptation Cardiaque
Recherche en soins infirmiers, n° 58, p. 87-93

- 13- SERPAUD, Dominique et ABDENNBI, Kamel (Dr). Septembre 2002
Rôle préventif et éducatif de l'infirmière en réadaptation cardiaque
Revue de l'infirmière, n° 83, p. 40
- 14- DUQUENNE, I., LE MOGUEN, C.. 2002
L'éducation du patient cardiaque
Revue de l'infirmière, n° 78, p. 39-40
- 15- CHU LIEGE
Infarctus : une rapidité de réaction vitale. 5 pages
Disponible sur : <http://www.chuliege.be/chuchotis/chuchotis10/dossier.html> (consulté le 14 juin 2006)

Annexe

Questionnaires : Hypothèse 1

GRILLE D'ENTRETIEN

Ce questionnaire est réalisé par les élèves de première année de l'institut de formation en soins infirmiers de Meaux dans le cadre d'une étude de santé publique portant sur **la réinsertion et la réadaptation des patients ayant été victimes d'un infarctus du myocarde**. Il a pour but de déterminer si les moyens mis en œuvre sont suffisants pour prévenir le risque de récurrence.

1) Quelle fonction occupez vous ?

- Infirmier(e) Cadre
 Médecin Aide-soignant

2) Quels bilans effectuez-vous auprès des personnes victimes d'un IDM pour déterminer les causes de celui-ci ?

- Diabète Cholestérol Habitudes alimentaires
 HTA Tabac Alcool
 Poids Activités physiques Stress
 Antécédents personnels et familiaux

3) Suite à ces bilans, que mettez vous en place ?

- Consultation diététique Consultation psychologue
 Consultation tabac Assistante sociale
 Consultation alcool Informations : famille / entourage / Patient
Par qui ?.....

4) Ces consultations et informations sont-elles données à :

- Tous les patients Patients récidivistes
 Aléatoire Autres critères : _____

5) Si certaines de ces consultations ou informations ne sont pas mises en place, lesquelles et pourquoi ?

6) Les récurrences d'IDM sont-elles fréquentes dans votre service ?

Quel type de patient touchent-elles ? Et pourquoi ?

7) Dans votre service quel suivi est mis en place lors de la sortie des patients, et par qui ?

8) Quel impact pensez-vous avoir sur la prévention du risque de récurrence ?

9) Que souhaiteriez-vous mettre en place pour améliorer la prise en charge d'un patient après la phase aiguë de l'infarctus ?

Questionnaire

(Anonyme et confidentiel)

Ce questionnaire est réalisé par les élèves de première année de l'institut de formation en soins infirmiers de Meaux dans le cadre d'une étude de santé publique portant sur **la réinsertion et la réadaptation des patients avant été victimes d'un infarctus du myocarde**. Il a pour but de déterminer si les moyens mis en œuvre sont suffisants pour prévenir le risque de récurrence.

- 1) Age : Sexe : F M Taille : Poids :
Situation familiale :
Nombre d'enfants à charge ?
Profession exercée :
Etes-vous seul à travailler au foyer ?

- 2) Avez-vous déjà été hospitalisé pour un infarctus du myocarde ? Oui Non
Si oui, dans quel établissement ?
Quelle a été la durée de cette hospitalisation ?

- 3) Au sein du service actuel :
Avez-vous été informé sur les facteurs de risque suivants ? Êtes-vous concerné ?

Tabac	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Mauvaises habitudes alimentaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Manques d'activité physique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Cholestérol	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

- 4) Si oui, par qui ?
 Infirmière Médecin (cardiologue) Diététicienne
 Consultation tabac Assistante sociale Autres :

- 5) Les informations communiquées vous ont-elles parues ...
 Suffisantes Claires Compréhensibles Inutiles

- 6) Etes-vous motivé(e) pour changer vos habitudes de vie ?
Si oui lesquelles ?
Si non pourquoi ?

- 7) Les informations données lors de votre séjour ont-elles été déterminantes dans votre
Choix de changer vos habitudes de vie ?
.....

- 8) Quelle est votre destination ?
 Retour a domicile Centre de rééducation

- 9) Allez-vous reprendre une activité professionnelle ? Si oui dans combien de temps ?
.....

Nous vous remercions de votre participation.

Questionnaires : Hypothèse 2

Questionnaire au profit du patient

- 1/ Le sexe H F Age : ans
- 2/ Poids : kg Taille : m
- 3/ Situation familiale : Salarié(e) : Type de travail :
- Chômeur :
- Retraité(e) : De quelle profession :
- 4/ Environnement familial : Vit seul(e) en famille Nb d'enfant(s) à charge :
.....
- 5/ Prise en charge financière : Sécurité sociale CMU Mutuelle ALD
- 6/ Avez-vous des antécédents d'infarctus ? oui non
- Si oui, en quelle année ?
- Etes vous allé dans un centre de réadaptation ? oui non
- 7/ Date de l'infarctus :/...../.....
- 8/ Aviez-vous une activité physique ? oui non
- Si oui, laquelle :
- 9/ Avez-vous été hospitalisé avant de venir au centre ? oui non
- Si oui, en établissement public
- En établissement privé
- Type de service d'hospitalisation :
- 10/ Durée de l'hospitalisation : jours
- 11/ Avez-vous bénéficié de l'intervention d'une diététicienne ? oui non
- 12/ Avez-vous bénéficié de l'intervention d'un(e) psychologue ? oui non

13/ Avez-vous reçu des informations sur :

	oui	non
L'infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les facteurs de risque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conséquences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, par qui ?

14/ Avez-vous modifié certains comportements vis-à-vis de cette pathologie ?

	oui	non
Tabac <input type="checkbox"/> mesure de sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HTA <input type="checkbox"/> traitée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète <input type="checkbox"/> traité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, lequel :

15/ Avez-vous des difficultés à respecter les nouvelles mesures que l'on vous a conseillé ?

oui non

Si oui, lesquelles et pourquoi, selon vous ?.....

16/ Pensez vous que votre séjour dans cette unité vous motive pour continuer ce nouveau mode de vie ?

oui non

Si oui, quelles en sont vos motivations ?

Nous vous remercions de nous avoir accordé du temps
pour répondre à ce questionnaire.

Rafaële CAUX, Sandra FERREIRA, Sylvie GIRAUD, Anne-Laure PAINOT, Victor CALEIRO TAVARES DA SILVA,
Frédéric DESVAUX de MARIGNY, Jean-Sébastien DUMAS, Lionel IRAGUE

Questionnaire au profit du personnel soignant

1/ Avez-vous des formations spécifiques en formation initiale (IFSI) ? oui non

Avez-vous des formations spécifiques en formation continue? oui non
interne externe

Si oui, sous quelles formes et quel était le contenu?

2/ Le nombre de patients par soignant

3/ Organisation du service

Nb total de lits
Nb de lits pour les patients ayant eu un IDM
Nb de patients actuellement en soins

4/ Y a-t-il un(e) infirmier(e) référent par soignant ? oui non

5/ Quels sont les activités spécifiques de réadaptation proposées pour ces patients ?
.....
.....
.....

6/ De quel type de matériel (équipement sportif) disposez vous ?
.....
.....
.....

7/ Disposez vous d'un local de réanimation, sachant que celui-ci est prévu dans le cahier des charges ? oui non

8/ Quels sont les critères d'admission des patients dans votre unité ?
.....
.....
.....

9/ Durée moyenne de séjour : jours

10/ Est-il prescrit des traitements anti-dépresseurs pour aider certain patients ?

oui non

Si oui, lesquels ?

Si non, pourquoi ?

11/ Y a-t-il un entretien avec la famille du patient ?

oui non

12/ Avez-vous des protocoles de sortie ?

oui non

Si oui, pouvez vous en donner les lignes principales ?

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

Nous vous remercions de nous avoir accordé du temps
pour répondre à ce questionnaire.

Rafaële CAUX, Sandra FERREIRA, Sylvie GIRAUD, Anne-Laure PAINOT, Victor CALEIRO TAVARES DA SILVA,
Frédéric DESVAUX de MARIGNY, Jean-Sébastien DUMAS, Lionel IRAGUE

